

سفر شفابخش

غلبه بر بحران سرطان

دکتر آلاستر کانینگ هام

ترجمه: دکتر سیاوش ایمانی

دکتر ایمانی با مهربانی این کتابچه کوچک را از انگلیسی به فارسی ترجمه کرده‌اند. امیدوارم خوانندگان فارسی‌زبان که با بیماری سرطان دست‌وپنجه نرم می‌کنند، این کتاب را مفید بیابند؛ چه در رویارویی با بیماری و چه در یافتن اندکی آرامش و تسکین.

با آرزوی بهترین‌ها
آلاستر

گفتار دکتر آلاستر کانینگهام
برای چاپ دوم کتاب
سفر شفا بخش

در نگارش این کتاب، دو گروه اصلی از مخاطبان را در ذهن داشتم. گروه اول بیماران مبتلا به سرطان و خانواده‌های آنان بودند. به‌طور خاص، این کتاب برای بیمارانی نوشته شده که اهل تفکرند؛ افرادی که می‌خواهند شواهد و مدارک موجود را بررسی کنند و خود تصمیم بگیرند چه اقداماتی را می‌توانند به‌طور مفید برای کمک به روند بهبود و حفظ

سلامتی‌شان انجام دهند. این کتاب برای کسانی که صرفاً به دنبال پیروی از یک شیوه درمانی خاص هستند که به‌شدت تبلیغ می‌شود اما پشتوانه منطقی یا اثبات‌شده‌ای ندارد، جذابیتی نخواهد داشت؛ متأسفانه این‌گونه توصیه‌ها به وفور در بازار یافت می‌شوند. همچنین، این کتاب می‌تواند برای اعضای خانواده و دوستان بیماران که علاقه‌مند به آشنایی با شیوه‌های تکمیلی مراقبت از عزیزان‌شان هستند، مفید باشد.

گروه دوم مخاطبان این کتاب شامل پزشکان، روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی، پرستاران، مشاوران مذهبی و معنوی، اعضای سایر حرفه‌های یاری‌رسان و همین‌طور افراد غیرحرفه‌ای است که علاقه دارند به مبتلایان به سرطان یا سایر بیماری‌های مزمن کمک کنند. برای آن دسته از این گروه که نسبت به مداخلات غیردارویی شک و تردید دارند، امیدوارم این کتاب نشان دهد بسیاری از کارهایی که بیماران می‌توانند برای کمک به خود انجام دهند

منطقی و قابل‌پذیرش است. برای افرادی نیز که از پیش نسبت به این موضوع قانع شده‌اند، امیدوارم کتاب من به معیاری برای ارزیابی و سنجش ایده‌ها و روش‌های خودشان تبدیل شود.

آیا این کتاب برای افرادی با مشکلاتی به غیر از سرطان نیز مفید خواهد بود؟ تصور می‌کنم چنین باشد؛ گرچه تجربه بالینی من عمدتاً محدود به بیماران سرطانی و خانواده‌های آنان است. خودیاری منطقی اساساً به تقویت سازوکارهای دفاعی بدن در برابر اختلالات می‌پردازد؛ این کار از

طریق ایجاد تعادل بین تمام جنبه‌های وجودی فرد و محیط اطرافش انجام می‌شود.

این اصول در واقع برای همه ما صدق می‌کند؛ خواه به بیماری خاصی مبتلا باشیم یا نه. در حقیقت اکثر ما می‌توانیم با رعایت این اصول، تعادل درونی خود را بهبود بخشیده و از سطح سلامتی بالاتری بهره‌مند شویم.

پیش گفتار مترجم

زندگی با سرطان استیج ۴ کار آسانی نیست. آزمایشات مداوم، شیمی درمانی های جورواجور و عوارض جانبی آن ایمونو تراپی..رادیوتراپی..کسانی که در گیر این مراحل بوده اند بخوبی میدانند از چه سخن می گویم. اما آزاردهنده تراز همه، آن نبرد دائمی است؛ نبردی از درون و بیرون، نبردی میان امید و ناامیدی، مقاومت و تسلیم، زندگی و مرگ. به خانواده ات و عزیزانی که دوستشان داری می نگری و احساس می کنی در مسیری جدا

از زندگی آنها قرار گرفته ای. مسیری نادرست که پیمودنش تو را از آنها دور می کند..فکر اینکه چه قرار است بر سر آنها بیاید.. و حس اینکه تو تا کی باید از بیماری و درمانهایش رنج ببری تو را در جنگی ناعادلانه بین حس مسئولیت و به خود اندیشی قرار میدهد و اینکه اینهمه تا چه زمانی بطول خواهد انجامید.

زمانی که متوجه متاستاز سرطان کولون به کبد و بعد به ریه هایم شدم در شوک عجیبی فرو رفتم. به همین آسانی به آدم می گویند چند ماه یا چند سال دیگر بیشتر

وقت نداری(همانطور که خودم به بیمارانم می گفتم) و ناگهان همه چیز با ارزش می شود. دوست داری زمان را ثابت نگه داری تا آن چند ماه یا چند سال هرگز به پایان نرسد..دوست داری برگردی به سالها پیش و زندگی را شاید به سبک دیگری شروع کنی..اصلا فقط دلت می خواهد زندگی کنی..همین.

در آن زمان در جستجوی کتابهایی بودم که در زمینه ی کمک به بیماران سرطانی و خانواده شان نوشته شده باشند. متأسفانه دو سال و نیم پیش موفق نشدم

جز چند کتاب محدود و جزوه های بیمارستان، منبعی یاری رسان بیابم.

مقاومت من در برابر بیماری، تاکنون که نزدیک به سه سال از آن زمان میگذرد، ادامه داشت تا زمانی که بطور کاملا تصادفی، متوجه متاستاز به مغزم نیز شدم. اینجا نقطه ای بود که دیگر توان ادامه دادن نداشتم و به سختی میتوانستم خودم را قانع کنم که دست از مبارزه نکشم.

در این زمان توسط دکتر" فرزاد گُلی" با کتابی آشنا شدم که مسیر مبارزه‌ام را به

کلی تغییر داد. کتاب "سفر شفابخش" نوشته دکتر"آلیستر کانینگهام"-داستانِ پزشکی که هم درمان گر است و هم بیمار، فردی که هر روز در رویارویی با سرطان، هم به علم و دانش و هم به قدرت تفکر و معنا تکیه می‌زند.

نه تنها به من مهارت‌ها و آگاهی‌های کاربردی ارائه داد، بلکه مسیر جدیدی را برایم روشن کرد. این کتاب به من آموخت که چگونه در کنار درمان‌های پزشکی، بتوانم از قدرت ذهن و تفکر خویش در

کنترل این بیماری بهره‌مند شوم و به تعادلی عمیق‌تر دست یابم.

اثرگذاری این کتاب بر زندگی من چنان عمیق بود که تصمیم گرفتم آن را با کسب اجازه از جناب آقای دکتر کانینگهام به زبان فارسی ترجمه کنم. باور دارم این منبع ارزشمند باید در اختیار همه کسانی قرار گیرد که درگیر مبارزه با سرطان و دیگر بیماری‌های مزمن هستند؛ آن‌ها که می‌خواهند از محدوده جسم خود فراتر بروند و به درک عمیق‌تری از سلامت، امید و بهبودی دست یابند. تلاش کرده ام

تا دریچه‌ای از امید، آگاهی و شجاعت را به روی تمام کسانی بگشایم که در میانه‌ی چنین سفری قرار گرفته‌اند یا عزیزانی دارند که در این راه گام برمی‌دارند.

امید است ترجمه ی این کتاب و انتشار رایگان آن پُلی باشد برای گذر از رنج به سوی روشنایی و همچون همراهی صمیمی در مسیر دشوار شفا بخشی، به شما نیرو و آرامش ببخشد، زیرا باور دارم که هر کلمه و هر جمله در این کتاب، نه فقط شرح حال یک مبارزه، بلکه پیامی است برای پیروزی زندگی بر تاریکی، عشق بر

ترس، و امید بر ناامیدی..و می تواند ابزاری باشد برای همه کسانی که در جستجوی تعادل، آرامش و بهبودی حقیقی هستند.

جا دارد سپاسگزار و قدر دان همسرم نیز باشم که در تمام طول این مسیر من را با حمایت های خود دلگرم کرده ، و مشوق من برای مطالعه ی کتابهای خود یاری بوده ، و همچنین زمینه ی آشنایي بنده را با دکتر گُلی فراهم نموده است.

سفر شفابخش

غلبه بر بحران سرطان

دکتر آلاستر کانینگ هام

ترجمه:

دکتر سیاوش ایمانی

شابک: ۹۷۸-۰-۹۵۶۵۲۵۲-۰-۸

ترجمه متن به فارسی با اجازه دکتر دکتر آلاستر کانینگهام توسط دکتر سیاوش ایمانی (دکتر ای طب از ایران) در سال ۲۰۲۵

مقدمه چاپ دوم

مایه‌ی خرسندی است که کتاب *سفر شفابخش* چنان مورد استقبال قرار گرفته که انتشار چاپ دوم آن موجه باشد. از ناشران عزیز در *Key Porter* بابت این فرصت سپاسگزارم. افراد بسیاری—هم بیماران سرطانی و هم متخصصانِ حوزه‌ی سلامت—برایم نوشته‌اند یا تماس گرفته‌اند و گفته‌اند که این کتاب به آن‌ها کمک کرده است، و من از اینکه توانسته‌ام واسطه‌ای برای این یاری باشم، احساس خوشنودی می‌کنم.

چاپ دوم در زمانی منتشر می‌شود که سیلی از کتاب‌ها درباره‌ی روش‌های خودیاری، به‌ویژه برای مقابله با سرطان، بازار را فرا گرفته و ردیف‌های بسیاری از قفسه‌های کتاب‌فروشی‌هایِ بزرگ را پر کرده است.

اینترنت نیز در این زمینه به منبعی گسترده از اطّلاعات (و گاهی اطّلاعات نادرست!) تبدیل شده است.

در مجموع، به نظر من این روند مثبت است، چرا که نشان می‌دهد مردم بیش از پیش به استفاده از منابع درونی خود برای حفظ سلامت، در کنار درمان‌های پزشکی، علاقه‌مند شده‌اند. با این حال، باید نسبت به ویژگی‌های سیلاب‌گونه‌ی چنین موج‌هایی هوشیار بود: سیلاب قدرت دارد، اما بی‌توجه پیش می‌تازد، موانع را در می‌نوردد و تمایزی میان آنچه ارزش حفظ شدن دارد و آنچه سزاوار زدوده شدن است، قائل نمی‌شود.

در مورد روایت‌های عامه‌پسند از شفای ذهن و بدن نیز همین‌گونه است. هرچه این روایت‌ها محبوب‌تر می‌شوند، باید با احتیاط بیشتری به ادعاهایشان نگاه کرد، چرا که کتاب‌ها اغلب با گفتن آنچه مردم دوست دارند بشنوند، به فهرست پرفروش‌ها راه می‌یابند. و ما همه دوست داریم باور کنیم که نیروی ذهن و روح

برای شفا یافتن، همواره در دسترس و فوری و پرقدرت است.

اما واقعیت، بی‌تردید، بسیار پیچیده‌تر از این‌هاست.

احتمال زیادی وجود ندارد که *سفر شفابخش* در ردیف کتاب‌هایی قرار گیرد که در ورودی کتاب‌فروشی‌ها به چشم می‌خورند؛ چرا که این کتاب کوششی است مبتنی بر شواهد و تجربیاتِ بالینیِ مستند، برای ارائه‌ی تصویری متعادل از آنچه بیمارانِ با انگیزه می‌توانند در مقابله با سرطان برای خود انجام دهند—و همچنین نوع تلاش و پشتکاری که این مسیر می‌طلبد. به اختصار می‌توان گفت که این کتاب بیش از آن است که پزشکی زیستی امروز باور دارد، اما کمتر از آن چیزی است که برخی روایت‌های پرهیاهو و نجات‌بخش وعده می‌دهند.

دگرگونی‌های درمانی شگفت‌انگیزی برای برخی افراد ممکن است، اما این دگرگونی‌ها نیازمند تلاشِ فراوان و تعهدی عمیق‌اند.

در حوزه‌ی علمی، «روان‌آنکولوژی»—یعنی مطالعه‌ی رابطه‌ی میان ذهن و سرطان—به‌عنوان یکی از شاخه‌های پذیرفته‌شده در رشته‌ی گسترده‌تری به نام روان‌شناسی سلامت یا پزشکی رفتاری مطرح شده است. اما پیشرفت در این نوع پژوهش‌ها کُند است، و این موضوع برای بسیاری از بیماران سرطانی که در حال مبارزه با بیماری خود هستند، آزاردهنده است. برای مثال، ممکن است پنج سال یا بیشتر طول بکشد تا تأثیر یک درمان روان‌شناختی بر کیفیت یا طول عمر بیماران مبتلا به سرطان آزمایش شود. این‌گونه پژوهش‌ها دشوار و کم‌بودجه‌اند—و بسیاری از پژوهشگران ترجیح می‌دهند به پروژه‌های ساده‌تری

مانند بررسی نگرش بیماران نسبت به بیماری‌شان یا خدمات درمانی بپردازند.

با این حال، از سال ۱۹۹۲ تاکنون پیشرفت‌هایی حاصل شده است. در این چاپ جدید (در فصل پنجم)، برخی از پژوهش‌های اخیر در زمینه‌ی تأثیر احتمالی درمان روان‌شناختیِ گروهی بر افزایش میانگین بقاء در افراد مبتلا به سرطان متاستاتیک را مرور خواهم کرد، به‌علاوه نتایج مطالعات خودمان درباره‌ی نوع نگرش‌ها و رفتارهایی که با زندگی طولانی‌تر همبستگی دارند.

اما درباره‌ی زندگی خودم از زمان انتشار چاپ اول؟ عمیقاً سپاسگزارم که هنوز زنده و سالم هستم—پس از بیش از شصت سال زندگی، در حالی که ممکن بود زندگی‌ام به‌سبب سرطان در اواخر چهل‌سالگی پایان یابد. امروز بیش از هر زمان دیگر برایم روشن است که هدفِ اصلیِ زندگیِ انسان، تلاش برای فهم این

است که «چه کسی» و «چه چیزی» هستیم—و این فهم می‌تواند طیف وسیعی از کوشش‌های شخصی و حرفه‌ای در حوزه‌های گوناگون را دربرگیرد. و سپس، باید از این فهم برای کمک به دیگران بهره برد.

برای من، کار شخصی یعنی تعمیقِ شناخت درونی از خود از راه تأملات روان‌شناختی، تمرین‌های معنوی، و مطالعه. کار حرفه‌ای‌ام شامل طراحی دوره‌هایی جامع‌تر برای بیمارانِ باانگیزه، و تلاش برای مستندسازی دقیقِ تغییراتی است که باعث طول عمرِ بیشتر می‌شوند—از طریق مشاهده‌ی دقیق آنچه این افراد می‌گویند و انجام می‌دهند. هرچه این فهم بیشتر شود، برای من افتخاری است که آن را با خوانندگان مشتاق در میان بگذارم.

مقدمه

چاپ اول

۱ "این سرطان است!"
حالا چه کنم؟

در این فصلِ کوتاه، به بررسی برخی از احساس و واکنش‌هایی می‌پردازیم که افراد معمولاً هنگامِ دریافتِ تشخیصِ سرطان تجربه می‌کنند؛ ممکن است شما نیز بسیاری از آن‌ها را احساس کرده باشید.

سپس، مسیر پیش رویِ خود را ترسیم خواهیم کرد تا ببینیم چگونه می‌توانید به خود کمک کنید.

واکنش‌ها به تشخیص سرطان

واکنش اولیه‌ی بیشتر افراد به تشخیص سرطان، **شوک** و **ناباوری** است" :*این نمی‌تواند برای من اتفاق افتاده باشد. سرطان چیزی است که برای دیگران رخ می‌دهد"!*

این شوک می‌تواند نوعی کرختیِ احساسی ایجاد کند که در ابتدا ما را از درک کامل پیامدهای این تشخیص محافظت می‌کند. فردی که این خبر ناخوشایند را اعلام می‌کند—معمولاً یک پزشک— ممکن است آن را با لحنی کاملاً عادی و بدون احساس شدید بیان کند، زیرا بارها

مجبور بوده چنین خبری را بدهد. این موضوع، احساسِ غیرواقعی بودن موقعیت را برای بیمار تشدید می‌کند.

بااین‌حال، پس از چند ثانیه تا چند روز (بسته به هر فرد)، واقعیت موقعیت به‌طور کامل آشکار می‌شود—و این توصیف، کاملاً دقیق است، زیرا احساس می‌کنیم ضربه‌ای عمیق به هستی‌مان وارد شده است.

در این مرحله، ممکن است احساس شدیدی را تجربه کنیم:

. ترس شدید، حتی وحشت کامل

- غم و افسردگی شدید
- خشم، که کاملاً قابل‌درک است، زیرا برنامه‌ها و اهدافِ زندگی‌مان ناگهان مختل شده‌اند.
- واکنش‌های غیرمنتظره—برخی افراد حتی احساس آسودگی می‌کنند: "*خدا را شکر! حالا می‌توانم از این ازدواج/شغل/وضعیتِ زندگی خارج شوم*." اما ما معمولاً این افکار را سرکوب می‌کنیم، زیرا "*نباید*" چنین احساسی داشته باشیم.

مکانیسم‌های دفاعی ذهن

هنگامی که ذهن شروع به درک این ضربه‌ی بزرگ می‌کند، به دنبال راه‌هایی برای کاهش درد احساسی می‌گردد.

ما به‌شدت می‌خواهیم که تهدید به زندگی خود را کم‌اهمیت جلوه دهیم. به همین دلیل، بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان پستان، به این باور متوسل می‌شوند که جراحی همه‌ی خطرها را از بین می‌برد و از احتمال بازگشت بیماری چشم‌پوشی می‌کنند.

این مکانیسم "**انکار** "نامیده می‌شود—یعنی نپذیرفتنِ واقعیتِ یک موقعیت.

گاهی انکار، شکل‌های غیرمنطقی به خود می‌گیرد:

- "اشعه‌ی ایکسِ من را با شخصِ دیگری اشتباه گرفته‌اند".
- "نتایجِ آزمایش‌ها اشتباه است".

خشم نیز راهی برای تخلیه‌ی این احساس شدید است. بیماران ممکن است نسبت به کادر درمانی عصبانیت شدیدی داشته باشند، چراکه این افراد ناخواسته به

نقطه‌ی تمرکزِ این خشمِ فروخورده تبدیل می‌شوند.

ترکیبی از غم و اضطراب

پس از گذشت چند روز، معمولاً غم و اضطراب عمیق جایگزین شوک اولیه می‌شود.

جایی که روزی خود را فردی سالم می‌دیدیم، ناگهان احساس آسیب‌پذیری و بیماری می‌کنیم.

ممکن است از فعالیت‌های اجتماعی یا جنسی خود عقب‌نشینی کنیم.

به این فکر می‌کنیم که چه اتفاق خواهد افتاد:

- "آیا من خواهم مرد؟"
- "آیا از عزیزانم جدا خواهم شد؟"
- "آیا درد شدیدی را تحمل خواهم کرد؟"

برخی افراد سریعاً روحیه‌ی مبارزه جویانه‌ای پیدا می‌کنند" :*نه! این سلول‌های سرطانی نمی‌توانند مرا شکست دهند"!*

برخی دیگر بدبینانه‌تر فکر می‌کنند.

برای من، بعد از ترس، سخت‌ترین فکر، تصور این بود که افراد خانواده‌ام چگونه بدون من زندگی خواهند کرد.

اضطراب مزمن و افسردگی اغلب در این مرحله شکل می‌گیرد. ممکن است احساس کنیم که زندگی بی‌معنا شده، ارزش خود را از دست داده‌ایم و دیگر انسان کاملی نیستیم.

واکنش‌های اعضای خانواده

افرادی که به بیماری **مبتلا به سرطان** نزدیک هستند، معمولاً طیفی از احساس شدید را تجربه می‌کنند. معمولاً شوک و

اندوه، همراه با همدلی برای فرد بیمار، در آن‌ها دیده می‌شود.

اعضای خانواده و دوستان ممکن است احساس ناتوانی و حتی سردرگمی نسبت به آنچه در حال وقوع است داشته باشند و از نظر عاطفی از بیمار فاصله بگیرند، زیرا نمی‌دانند چه بگویند یا فکر کردن به **احتمال از دست دادن عزیزشان** برایشان **بیش از حد دردناک** باشد.

سایر احساسی که رایج اما اغلب بیان نمی‌شوند، شامل **خشم** است، زیرا برنامه‌های زندگی‌شان مختل شده است، و

احساس گناه، ناشی از این تصور که شاید به نوعی در ایجاد این وضعیت نقش داشته‌اند، یا اینکه نمی‌توانند به اندازه‌ی کافی کمک کنند، یا حتی به این دلیل که خود سالم هستند درحالی‌که عزیزشان بیمار است.

با این واکنش‌ها چه باید کرد؟

نخست، ضروری است که درک کنیم هر احساسی که داریم، **مشروع** و **طبیعی** است .واکنش‌های ما به بحران‌های زندگی دلایلی دارند که در گذشته‌ی ما ریشه دارند.

دوم، باید آگاه باشیم که همه‌ی ما، به درجات مختلف، تمایل داریم این احساس را سرکوب کنیم، یعنی از تجربه‌ی مستقیم آن‌ها اجتناب کنیم، زیرا بسیار ناراحت‌کننده هستند. باید احساس واقعی خود را بپذیریم—اگر نیاز به گریه داریم، باید گریه کنیم؛ اگر خشمگین هستیم، باید در زمان و مکان مناسب آن را ابراز کنیم.

اگر این احساس را انکار کنیم، از بین نمی‌روند، بلکه ممکن است به شکل **اضطراب مزمن**، **افسردگی**، یا ناراحتی در

روابط اجتماعی ظاهر شوند .البته، اگر ترس بسیار شدید باشد، بهتر است به تدریج و به مقدار کم به آن آگاهی پیدا کنیم، زیرا ممکن است به نظر طاقت‌فرسا برسد.

گام بعدی، به اشتراک گذاشتن احساسمان با دیگران است.

در گروه‌های مشاوره‌ایِ ما، همواره شاهد ارزش فوق‌العاده‌ی اشتراک‌گذاری صادقانه‌ی احساس میان بیماران سرطانی بوده‌ایم؛ چنین گفتگوهایی احساس سبکی

و کاهش فشار روانی را به همراه دارد، حتی اگر موقتی باشد.

صحبت کردن با یک مشاور ماهر نیز می‌تواند بسیار مفید باشد؛ برخلاف تصور برخی، این کار نشانه‌ی ضعف نیست، بلکه تاکتیکی منطقی و مراقبتی برای خود است.

گاهی ممکن است به دلیل این احساس که "باید دیگران را از رنج خود محافظت کنیم"، از ابراز درد خود خودداری کنیم. اما این یک نوع ازخودگذشتگی نادرست است. در حقیقت، اعضای خانواده

معمولاً قدردانِ صداقت و اعتماد ما خواهند بود.

به همین ترتیب، اجازه ندهید دیگران مدام وضعیت را کوچک جلوه دهند یا آن را بیش از حد **ساده‌سازی** کنند—مثلاً با جملاتی مانند:

- "تو خوب خواهی شد، داروهایی وجود دارند که می‌توانند تو را درمان کنند".
- "عالی به نظر می‌رسی، ما این بیماری را شکست می‌دهیم"!

در برخی مواقع، چنین اطمینان‌بخشی‌هایی مفید است، اما اگر احساس ناامیدی

داریم، باید دیگران به این احساس احترام بگذارند و آن را فقط برای کاهش اضطراب خودشان سرکوب نکنند.

برخی همسران، به‌ویژه شوهران، ممکن است از نظر عاطفی از "**شریک زندگی**" بیمار خود فاصله بگیرند.

شما، به‌عنوان بیمار، ممکن است مجبور شوید مستقیماً به آن‌ها بگویید که به حمایت و ارتباط واقعی نیاز دارید.

هنگامی که زندگی ما تهدید می‌شود، نیاز داریم بدانیم که هنوز دوست‌داشتنی

هستیم، هنوز مهم هستیم و رها نخواهیم شد.

اعضای دورتر خانواده و دوستان نیز سَبک‌هایِ خاص خود را برای کنار آمدن با این وضعیت دارند .شما باید تصمیم بگیرید که با چه افرادی می‌توانید صادقانه صحبت کنید و از چه کسانی بهتر است زمانی که حال روحیِ خوبی ندارید، فاصله بگیرید.

یکی از اعضای گروه مشاوره‌ی ما در این مورد بسیار صریح است؛ او به دوستان و خانواده‌اش گفته که تا زمانی که خودشان

احساسشان را در مورد بیماری‌اش به‌درستی درک نکرده‌اند، نمی‌خواهد درباره‌ی سرطان با آن‌ها صحبت کند.

همکاران در محیط کار نیز ممکن است از این موضوع اجتناب کرده و از شما فاصله بگیرند.

متأسفانه، بیماران سرطانی برای دریافت حمایت مناسب، اغلب باید خودشان دیگران را آموزش دهند.

سازگاری با بیماری

در نهایت، بیشتر افراد مبتلا به سرطان به حالتی ذهنی می‌رسند که سعی می‌کنند زیاد

به بیماری فکر نکنند، اگرچه همچنان لحظاتِ سختی، به‌ویژه در شب، وجود دارد.

این وضعیت گاهی "**ادامه دادن زندگی** " نامیده می‌شود و البته، جذابیت زیادی دارد—هیچ‌کس نمی‌خواهد مدام نگران باشد.

این رویکرد، هنجار فرهنگی پذیرفته شده‌ای است که بسیاری از متخصصان آن را بهترین روش تطبیقِ بیمار با شرایط می‌دانند.

اما باید بدانیم که اگر به یک بیماری تهدیدکننده‌ی زندگی دچار هستیم، این واقعیت بخش مهمی از زندگی ماست.

نادیده گرفتن این تهدید، ما را در وضعیت انفعالی نگه می‌دارد و مانع واکنشی انسانی و آگاهانه می‌شود—واکنشی که در مواجهه با هر تهدید دیگری برای زندگی یا سلامت، معمولاً نیاز است.

چالش ما این خواهد بود که راهی پیدا کنیم تا بدون ایجاد اضطرابِ مداوم، با سرطان سازگار شویم، بر آن مسلط شویم، و حتی آن را مدیریت کنیم.

چگونه مسیر درمان خود را انتخاب کنم؟

این کتاب شما را با طیف وسیعی از روش‌های ممکن برای واکنش به سرطان آشنا می‌کند.

نخستین گام، درک ماهیت سرطان و نحوه‌ی تلاش بدن برای کنترل آن است (فصل ۲).

این مبحث، به‌ناچار کمی فنی است، زیرا شامل پژوهش‌های علمی در زمینه‌ی زیست‌شناسی می‌شود، اما تلاش کرده‌ام آن را به زبانی ساده و برای افراد غیرمتخصص توضیح دهم.

سپس، در فصل ۳، رویکرد پزشکی غربی به سرطان را بررسی خواهم کرد.

نادیده گرفتن علم پزشکی در مسیر درمان، تصمیمی نادرست خواهد بود.

تکنیک‌های تشخیصی مدرن بسیار پیشرفته‌اند و معمولاً می‌توانند به ما بگویند که با چه چیزی روبه‌رو هستیم.

درمان گاهی مؤثر است و گاهی نه، همان‌طور که در ادامه توضیح خواهم داد. سپس، در فصل ۴، به بررسی درمان‌های جایگزین یا غیرمتعارف می‌پردازیم، مسیری که بسیاری از افراد

تمایل به کاوش در آن دارند. در اینجا سعی کرده‌ام قضاوتی انجام ندهم، بلکه ابزارهایی را برای ارزیابی انتقادی این روش‌ها در اختیار شما بگذارم.

همکارانی که نسخه‌ی اولیه‌ی این کتاب را خوانده‌اند به من گفتند که فصل‌های ۲، ۳ و ۴ برای بیشتر خوانندگان غیرمتخصص دشوار و اغلب افسرده‌کننده خواهند بود. من این فصل‌ها را بازبینی کرده‌ام، اما مفاهیم و رویکردهای ارائه‌شده، مبتنی بر علم و پزشکی مدرن هستند و برای بسیاری از

خوانندگان، در مقایسه با فصل‌های بعدی کتاب، ممکن است خشک و غیرشخصی به نظر برسند. اگر این فصل‌ها افسرده‌کننده به نظر می‌رسند، دلیل آن این است که واقعیت‌های مربوط به سرطان و درمان آن اغلب چنین هستند. بااین‌حال، این بخش‌ها یک پایه‌ی زیست‌پزشکی فراهم می‌کنند که می‌توانیم بر اساس آن پیش برویم؛ خوانندگانی که بیشتر به حوزه‌ی ذهنی و شهودی علاقه دارند، می‌توانند مستقیماً به فصل ۵ یا ۶ بروند.

بخش اصلی کتاب درباره‌ی "شفابخشی از درون "است، یا به عبارتی ایجاد تغییراتی در نگرش‌های ذهنی و رفتارهایمان که ممکن است روند بهبودی را تقویت کنند. فصل ۵ شواهد علمی مربوط به تأثیر ذهن بر سرطان را خلاصه می‌کند. در این نسخه، بحثی درباره‌ی نتایج جدید چند سال اخیر اضافه کرده‌ام. در فصل ۶، نظریه‌ای را توسعه می‌دهیم که توضیح دهد ذهن ما چگونه و چرا بر روند شفابخشی تأثیر می گذارد، امکانی که تا حد

زیادی توسط پزشکیِ مدرن نادیده گرفته شده است.

سپس، در فصل‌های ۷ تا ۱۰، به بررسی استراتژی‌های عملی می‌پردازیم که می‌توانیم یاد بگیریم و از آن‌ها برای کمک به روند بهبودی استفاده کنیم. احتمالاً این بخش از کتاب از نظر لحن، بسیار دلگرم‌کننده‌تر و مثبت‌تر به نظر خواهد رسید. بااین‌حال، به‌عنوان یک دانشمند باید اشاره کنم که در این بخش، بر نوعِ متفاوتی از شواهد تکیه داریم: نه بر آزمایش‌های علمی، بلکه بر تجربیات

انباشته‌ی بسیاری از افراد، ازجمله برخی بیماران سرطانی، که انرژی خود را صرف خودشناسی و شفابخشی کرده‌اند.

ما این کتاب را با لحنی بسیار مثبت به پایان خواهیم رساند، با مفهومی که در مقدمه به آن اشاره کردم: اینکه سرطان، مانند هر چیز دیگری در زندگی ما، معنا دارد.

برخی از خوانندگان از قبل این موضوع را درک کرده‌اند؛ برای برخی دیگر، این ایده ممکن است نامعقول یا حتی آزاردهنده به نظر برسد. تنها چیزی که می‌توانم بگویم

این است که "**سفر شفابخش**" در نهایت درباره‌ی همین موضوع است—کشف اینکه زندگی، و هرآنچه در آن رخ می‌دهد، در یک چارچوب وسیع‌تر دارای معناست.

اگر مایل باشید که این سفر را آغاز کنید، می‌توانید حقیقت آن را خودتان تجربه کنید.

پیش از آنکه به بررسی دقیق روش‌هایی بپردازیم که می‌توانیم برای کمک به خود استفاده کنیم، ابتدا باید زمینه‌ای درباره‌ی ماهیت سرطان و نحوه‌ی واکنش بدنمان به آن داشته باشیم.

این فصل برخی واقعیت‌های اساسی درباره‌ی زیست‌شناسی سرطان، میزان بروز آن، و طبقه‌بندی پزشکی آن را ارائه خواهد داد و همچنین، آنچه در مورد مکانیسم‌های دفاعی بدن شناخته شده است، را بررسی خواهد کرد.

۲ زیست شناسی سرطان

سرطان چیست؟

سرطان گروهی متشکل از بیش از صد بیماری مختلف است که ویژگی مشترک آن‌ها رشد بیش از حد سلول‌های غیرطبیعی است.

انواع مختلفی از سلول‌ها ممکن است تحت تأثیر این بیماری قرار بگیرند. در همه‌ی آن‌ها، نخستین گام‌های تشکیل "**تومور**"یا توده‌ی غیرطبیعی از سلول‌ها

"تغییراتی (جهش‌ها) در ژن‌ها" است، یعنی در مادّه‌ی ژنتیکی (DNA) داخل هسته‌ی سلول.

پژوهش‌های چند سال اخیر، ژن‌های خاصی به نام "اُنکوژن‌ها" یا ژن‌های سرطانی را شناسایي کرده‌اند؛ تغییرات در این ژن‌ها باعث می‌شود سلول در مسیر سرطانی شدن قرار گیرد.

بر این باورند که برای آنکه یک سلول کاملاً "بدخیم" شود و سرطان‌زا گردد، حداقل **دو** تغییر ژنتیکی لازم است، و

اغلب این تغییرات به پنج، شش یا بیشتر می‌رسد.

این تغییرات به هنگام تقسیم سلولی به سلول‌های دختری منتقل می‌شوند.

برخی از سلول‌ها ممکن است در بافت‌هایي که در معرض تحریک مداوم قرار دارند، غیرطبیعی یا **"پیش‌بدخیم"** شوند، اما اگر این تحریک متوقف شود، آن‌ها می‌توانند به ظاهر طبیعی و رفتار طبیعی بازگردند. نمونه‌ای از این فرآیند تغییرات تدریجی در پوشش برونشی

(لوله‌های تنفسی) ریه‌ی افرادِ سیگاری است:

با گذشت زمان، تعداد بیشتری از سلول‌ها تغییر می‌کنند و احتمال بدخیم شدن آن‌ها افزایش می‌یابد.

پس از ترک سیگار، جمعیت این سلول‌ها به‌آرامی به حالت طبیعی بازمی‌گردد.

متخصصان زیست‌شناسی سرطان، اولین رخداد ژنتیکی را "آغازگری **(Initiation)** " و تغییرات بعدی را "ترویج " **(Promotion)**تبدیل سلول به سرطانی می‌نامند.

بنابراین، شروع سرطان یک رویداد ناگهانی و فاجعه‌بار نیست، بلکه یک روند تدریجی است.

معمولاً یک دوره‌ی نهفته‌ی چندساله بین نخستین تغییرات غیرطبیعی و رشدِ آشکارِ تومور وجود دارد.

ویژگی‌های سلول‌های بدخیم

ویژگی اصلی سلول‌هایی که می‌توان آن‌ها را "**کاملاً بدخیم** "نامید این است که، برخلاف سلول‌های طبیعی که فقط تعداد محدودی بار، تقسیم می‌شوند، این سلول‌ها به تقسیم شدن ادامه می‌دهند و

به‌درستی توسط هورمون‌ها و سایر مولکول‌هایی که تکثیر سلول‌های طبیعی را کنترل می‌کنند، مهار نمی‌شوند.

نرخِ تقسیم سلولی بر سرعتِ رشدِ تومور تأثیر دارد:

برخی سلول‌های سرطانی با سرعت بالا تقسیم می‌شوند—مثلاً هر چند روز یک‌بار.

اما در بیشتر موارد، سرعت رشد کندتر است—مثلاً هر ماه یک‌بار یا کمتر.

برای درک این فرآیند، تصور کنید که تمام سلول‌های یک تومور هر هفته یک‌بار تقسیم شوند:

پس از دو هفته، تعداد آن‌ها دو برابر می‌شود.

پس از سه هفته، چهار سلول داریم.

پس از چهار هفته، هشت سلول.

و این روند ادامه می‌یابد...

با ادامه‌ی این روند، در هفته‌ی سی‌ام، تعداد سلول‌ها به حدود یک میلیارد خواهد رسید، که ممکن است توموری

قابل‌مشاهده به قطر یک سانتی‌متر و وزن یک گرم را تشکیل دهد.

اگر این نرخ تقسیم برای ده هفته‌ی دیگر ادامه یابد، توده‌ی سرطانی به یک کیلوگرم خواهد رسید، که معمولاً برای کشتن یک فرد کافی است.

البته، تومورها دقیقاً به این صورت یکنواخت رشد نمی‌کنند، اما این مثال نشان می‌دهد چگونه یک سرطان خطرناک می‌تواند به‌سرعت از یک سلول میکروسکوپی ایجاد شود.

متاستاز؛ گسترش سرطان در بدن

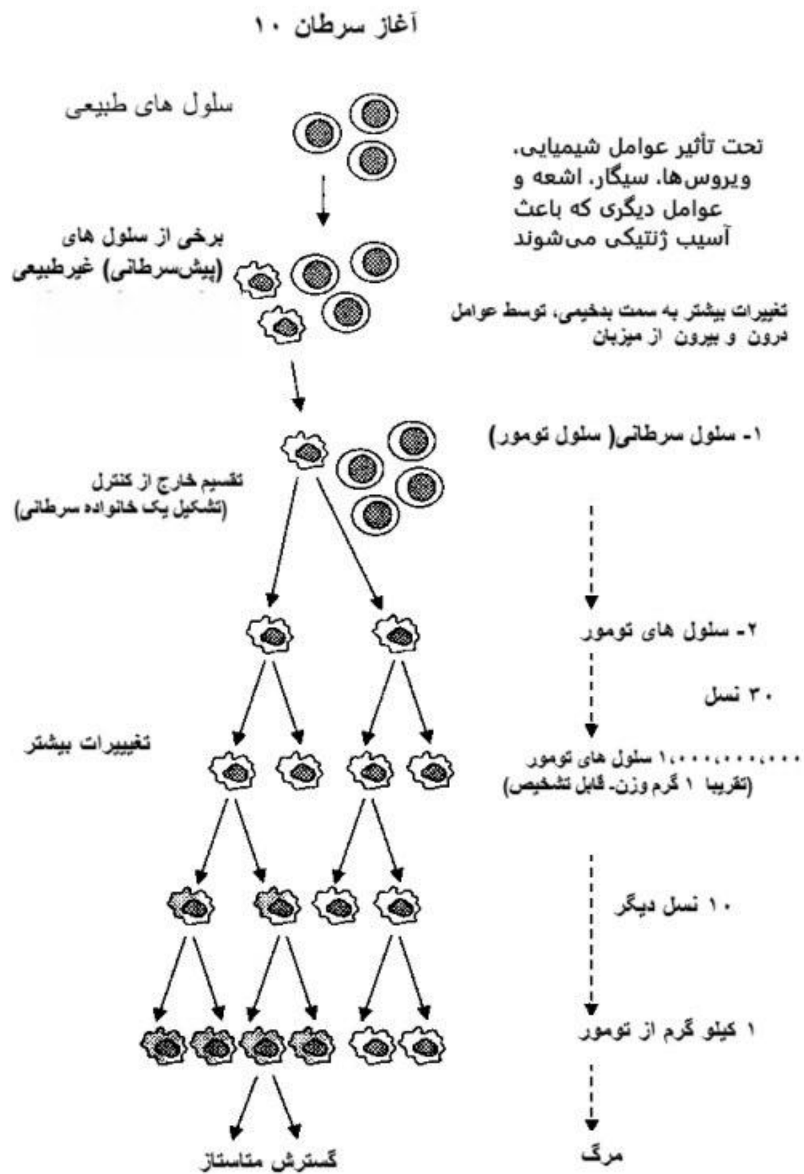
همان‌طور که این خانواده‌ی بدخیم از سلول‌ها رشد می‌کند، برخی از اعضای آن دچار تغییرات بیشتری می‌شوند.

انواع جدیدی از سلول‌ها ممکن است ظاهر شوند که سریع‌تر رشد می‌کنند یا مقاومت بیشتری نسبت به داروها دارند، و در نتیجه نسبت به سایر سلول‌هایِ کمتر خطرناک، رشد بیشتری پیدا می‌کنند.

زیر میکروسکوپ، این سلول‌ها معمولاً بزرگ هستند، شکل نامنظم دارند، و شباهت چندانی به سلول‌های طبیعی بافتِ اولیه‌ی خود ندارند.

خطرناک‌ترین ویژگی این سلول‌ها، نه فقط تکثیر بی‌رویه در محل اولیه، بلکه توانایی آن‌ها در جدا شدن از تومور اصلی و انتشار در سراسر بدن برای ایجاد تومورهای جدید است.

این فرایند "متاستاز (Metastasis) " نامیده می‌شود، که از واژه‌ی یونانی به معنای "تغییر مکان "گرفته شده است.



شکل ۱
مراحل رشد تدریجی سرطان.

تومورهای خوش‌خیم و بدخیم

ما تومورهای "خوش‌خیم "را به‌عنوان تومورهایی طبقه‌بندی می‌کنیم که رشد می‌کنند اما گسترش نمی‌یابند؛ این تومورها معمولاً به‌طور کامل قابل برداشتن هستند.

در مقابل، تومورهای بدخیم به بافت‌های اطراف حمله می‌کنند و تمایل به متاستاز دارند، که باعث می‌شود برداشتن کامل آن‌ها دشوار یا غیرممکن باشد.

پس علّت سرطان چیست؟

آیا این جهش‌های سلولی علّت نهایي هستند، یا عامل دیگری آن‌ها را تحریک می‌کند؟

اکنون مشخص شده است که برخی افراد (اقلیتی کوچک) ژن‌هایي را به ارث می‌برند که آن‌ها را مستعد ابتلا به سرطان در مراحل بعدی زندگی می‌کند.

به‌عنوان مثال، حداقل دو ژن مرتبط با سرطان پستان شناسایي شده‌اند که تقریباً ۵ درصد از زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

بااین‌حال، به نظر می‌رسد که بیشتر عوامل تحریک‌کننده‌ی سرطان؛ از محیط اطرافِ سلول‌ها نشأت می‌گیرند، و اغلب در نهایت؛ از خارج از بدن تأثیر می‌گیرند.

همان‌طور که در شکل ۲ نشان داده شده است عوامل مختلف، در سطوح مختلف، احتمال ابتلا به سرطان را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

شرایط محیطی مختلف بر رفتارهایِ فردی تأثیر می‌گذارد، که به نوبه‌ی خود ممکن است احتمال جهش‌های سلولی را افزایش دهد.

با افزایش تعداد این جهش‌ها، احتمال وقوع چندین جهش در یک سلول واحد به نحوی که منجر به سرطان شود، افزایش می‌یابد.

ذهن نیز، همان‌طور که بعداً خواهیم دید، از دو طریق نقش دارد:

۱. با کنترل رفتارهای ما
۲. با تأثیر مستقیم بر محیط داخلیِ بدن

تأثیر محیط و سبک زندگی بر سرطان

متخصصان بر این باورند که در جوامع غربی، تا ۸۵ درصد از کل سرطان‌ها به

تأثیرات محیطی، به‌ویژه عادات و سبکِ زندگی، مرتبط هستند، و بنابراین قابل پیشگیری‌اند!

دو عامل اصلی سرطان‌زا عبارت‌اند از:

۱. رژیم غذایی
۲. سیگار کشیدن

شواهد مربوط به نقش رژیم غذایی؛ غیرمستقیم است.

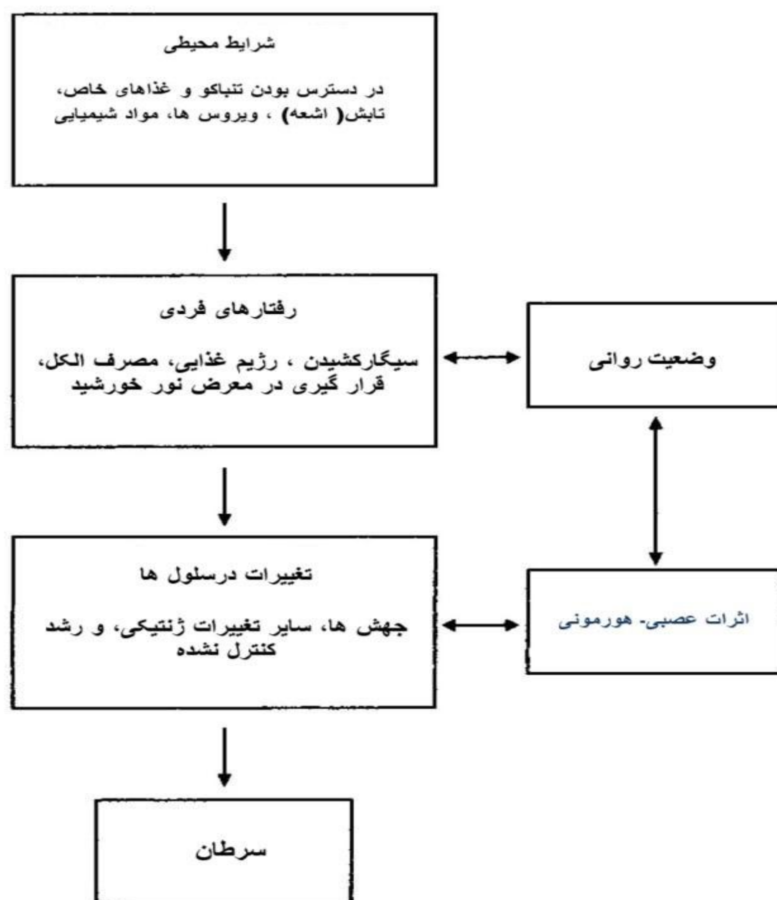
میزان بروز برخی از سرطان‌ها در نقاط مختلف جهان به‌شدت متفاوت است.

این تفاوت‌ها ژنتیکی نیستند، زیرا هنگامی که افراد از کشوری به کشور دیگر مهاجرت می‌کنند، خطر ابتلا به این سرطان‌ها به‌تدریج تغییر کرده و به میزان سرطان در جمعیت بومی کشور جدید نزدیک می‌شود.

به‌عنوان مثال:

سرطان پستان در میان ژاپنی‌هایی که در ژاپن زندگی می‌کنند، نسبتاً نادر است، اما میزان بروز آن در ژاپنی‌هایی که به ایالات متحده مهاجرت کرده‌اند، به سطح ایالات متحده نزدیک می‌شود.

برای سرطان معده در میان ژاپنی‌ها، روند معکوس دیده می‌شود :خطر ابتلا به این سرطان در ژاپن بالا است، اما پس از مهاجرت به ایالات متحده کاهش می‌یابد.



شکل ۲ ـ
برخی از عوامل فراوان درونی و بیرونی که می توانند بر ایجاد سرطان تاثیر بگذارند.

شکل ۲ برخی از عوامل متعدد، چه درونی (مربوط به فرد) و چه بیرونی، که ممکن است بر رشد سرطان تأثیر بگذارند.

رژیم غذایی و سرطان

محتمل‌ترین توضیح، که با شواهد غیرمستقیم دیگری نیز پشتیبانی می‌شود، تأثیر رژیم غذایی است.

برآورد شده است که حدود ۳۵ درصد از تمام سرطان‌ها به رژیم غذایی مرتبط هستند.

مصرف زیاد چربی‌های غذایی ممکن است خطر ابتلا به سرطان روده‌ی بزرگ، پستان و رحم را افزایش دهد. مصرف کم فیبرِ غذایی ممکن است حساسیت به سرطانِ روده‌ی بزرگ را افزایش دهد.

البته، شواهد علمی در این زمینه هنوز قطعی نیستند، و کارشناسان همچنان در این مورد اختلاف‌نظر دارند.

توصیه‌ی رسمی فعلی برای کاهش خطر سرطان شامل موارد زیر است:

- پرهیز از پرخوری
- محدود کردن مصرف چربی
- مصرف مقدار زیاد میوه و سبزی

(برای اطّلاعات بیشتر، می‌توان به منابعی مانند شعبه‌ی محلی انجمن ملی سرطان مراجعه کرد.)

همان‌طور که در فصل ۴ بحث خواهم کرد، هیچ شواهد علمی معتبری منتشر نشده است که نشان دهد رژیم‌های غذایی غیرمتعارف یا افزودنی‌های غذایی مانند ویتامین‌ها می‌توانند از سرطان پیشگیری کنند، چه برسد به اینکه آن را درمان کنند.

تأثیر سیگار بر سرطان

شواهد مربوط به نقش سیگار بسیار واضح‌تر هستند.

افرادی که روزانه ۱۰ نخ سیگار می‌کشند، خطر ابتلا به سرطان ریه خود را حدود ۱۰ برابر افزایش می‌دهند.

این خطر در افراد سیگاری که روزانه ۴۰ نخ سیگار می‌کشند، تا ۶۰ برابر افزایش می‌یابد!

کشیدن سیگار برگ و پیپ خطر کمتری دارد، اما همچنان مضر است.

. میزان ابتلا به سرطان ریه در زنان به‌طور چشمگیری در حال افزایش است، زیرا زنان جوانِ بیشتری به سیگار کشیدن روی آورده‌اند.

تخمین زده می‌شود که سیگار مسئول حدود ۳۰ درصد از تمام سرطان‌ها باشد، و همچنین در بروز بسیاری از بیماری‌های دیگر، مانند بیماری‌های قلبی، آمفیزم و برونشیت نقش دارد.

عوامل دیگر مرتبط با سبک زندگی

عوامل دیگری که به میزان بالای سرطان در جوامع مدرن کمک می‌کنند، عبارت‌اند از:

مصرف زیاد الکل (افزایش خطر سرطان‌های دهان، مری، حنجره و کبد)

قرار گرفتن طولانی‌مدت در معرض نور خورشید (افزایش خطر سرطان پوست، ازجمله ملانوم)

داشتن شرکای جنسی متعدد در اوایل زندگی (افزایش خطر سرطان دهانه‌ی رحم)

نقش آلودگی‌های محیطی، داروها و ویروس‌ها

برخی از آلاینده‌های محیطی مانند پنبه‌ی نسوز (آزبست) یا مواد شیمیایی صنعتی در برخی مناطق ممکن است باعث افزایش خطر سرطان شوند.

برخی داروها، به‌ویژه آن‌هایی که برای درمان سرطان یا جلوگیری از پس‌زدگی پیوند اعضا استفاده می‌شوند، ممکن است خودشان باعث ایجاد تومور شوند.

ویروس‌ها نقش مهمی در ایجاد سرطان در حیوانات دارند، اما در انسان فقط با چند نوع خاص از سرطان مرتبط شناخته شده‌اند، ازجمله:

- نوعی سرطان لنفاوی در آفریقا
- سرطان اولیه‌ی کبد

    - نوعی از سرطان خون (لوسمی) که سلول‌های سفید خون را تحت تأثیر قرار می‌دهد
    - سرطان دهانه‌ی رحم

بااین‌حال، اکثر سرطان‌های انسانی مسری نیستند و از فردی به فرد دیگر منتقل نمی‌شوند.

جمع‌بندی: سرطان یک فرآیند تدریجی است

هدف من در اینجا ارائه‌ی خلاصه‌ی جامعی از عوامل ایجادکننده‌ی سرطان

نیست (برای جزئیات بیشتر، می‌توان به منابعی مانند:

Understanding Cancer

نوشته‌ی *جان لازلو* مراجعه کرد)، بلکه می‌خواهم یک حقیقت مهم درباره‌ی سرطان را بیان کنم:

سرطان نتیجه‌ی یک حادثه‌ی ناگهانی و اجتناب‌ناپذیر ("خواسته خدا") نیست، بلکه یک فرآیند تدریجی است که تحت تأثیر شرایط محیطی، رفتارهای فردی و تغییرات ژنتیکی سلولی شکل می‌گیرد.

حتی پس از ظاهر شدن سلول‌های بدخیم، هنوز هم می‌توان رشد آن‌ها را کنترل کرد.

بسیاری از مردم تصور می‌کنند که مبتلا شدن به سرطان شبیه به "گرفتن" یک بیماری عفونی است—به این معنا که با قرار گرفتن در معرض یک ویروس یا باکتری، به‌طور اجتناب‌ناپذیری بیمار می‌شویم.

اما این دیدگاه بیش‌ازحد ساده‌انگارانه است. حتی شروع یک بیماری عفونی نیز

به عوامل متعددی در بدن میزبان بستگی دارد.

در مورد سرطان، حتی بیشتر از بیماری‌های عفونی، بیماری نهایی محصول عوامل مختلفی است که در طول زمان تأثیر می گذارند.

خبر خوب این است که ما می‌توانیم این فرآیند را در مراحل مختلف متوقف کنیم.

انواع، مراحل و میزان شیوع سرطان

سرطان‌ها بر اساس چند معیار طبقه‌بندی می‌شوند:

۱. اندام یا بافتی که سرطان در آن برای اولین بار ظاهر شده است

۲. ظاهر میکروسکوپی سلول‌های سرطانی

۳. رفتار آن‌ها، یعنی میزان تمایلشان به گسترش بدخیم در بدن

دو دسته‌ی اصلی از تومورهای بدخیم عبارت‌اند از:

. "کارسینوم‌ها (Carcinomas): "

سرطان‌هایي که از بافت‌های اپیتلیالی (سلول‌های پوشاننده‌ی سطح بدن) منشاء می‌گیرند.

. "سارکوم‌ها :(Sarcomas) "

سرطان‌هایی که از بافت‌های همبند مانند استخوان، خون و غضروف منشأ می‌گیرند.

سرطان‌ها زیرگروه‌های زیادی دارند.

به‌عنوان مثال، دو نوع اصلی از کارسینوم‌ها عبارت‌اند از:

۱. "کارسینوم سلول سنگفرشی " (Squamous-cell carcinoma)

این نوع سرطان برخی از ویژگی‌های سلول‌های صاف‌شده‌ی پوشاننده‌ی پوست، حفره‌ی دهان، مری، مقعد و

سطح خارجی دهانه‌ی رحم را نشان می‌دهد.

۲. "آدنوکارسینوم " (Adenocarcinoma)

در این نوع سرطان، سلول‌های سرطانی در قالب غدد؛ سازمان‌دهی شده‌اند.

دو نوع مهم از سارکوم‌ها شامل:

. "لوسمی (Leukemia): "سرطان اندام‌های خون‌ساز

. "لنفوم (Lymphoma): "سرطان غدد لنفاوی

سلول‌های تومور بر اساس میزان انحراف از سلول‌های طبیعیِ بافت اولیه طبقه‌بندی می‌شوند:

هرچه تغییرات سلولی بیشتر باشد، سرطان؛ مهاجم‌تر و خطرناک‌تر خواهد بود.

طبقه‌بندی سرطان و مراحل آن

ممکن است با برچسب‌های توصیفی دیگری برای سرطان‌ها مواجه شوید.

طبقه‌بندی سرطان؛ فرآیندی کاملاً تخصصی است که برای کمک به پزشکان در ارائه‌ی پیش‌آگهی دقیق‌تر (پیش‌بینی

روند بیماری) و برنامه‌ریزی درمانی انجام می‌شود.

یکی از مهم‌ترین طبقه‌بندی‌ها، "مراحل سرطان "است که بر اساس موارد زیر تعیین می‌شود:

- اندازه‌ی تومور اولیه
- میزان درگیری بافت‌های اطراف و غدد لنفاوی مجاور
- آیا سرطان به بخش‌های دوردست بدن متاستاز داده است یا نه

به‌عنوان مثال:

سرطان پستان مرحله اول؛ یک تومور کوچک و محدود به بافت پستان است.

سرطان پستان مرحله‌ی چهارم - سرطان به فراتر از غدد لنفاویِ مجاور گسترش یافته و اندام‌هایی مانند کبد، ریه‌ها، مغز یا استخوان را درگیر کرده است.

شکل و رفتار تومورهای بدخیم

تومورهای بدخیم اشکال مختلفی دارند:

ممکن است یک توده‌ی نامنظم ایجاد کنند که اگر در نزدیکی سطح یک اندام باشد، به سمت بیرون رشد خواهد کرد.

ممکن است به شکل یک شکاف عمیق یا زخم برجسته ظاهر شوند.

برخی از آن‌ها ممکن است ساختاری شبیه کیست داشته باشند.

سارکوم‌ها معمولاً بزرگ‌تر از کارسینوم‌ها هستند، شکل دوکی دارند و بیشتر با بافت‌های اطراف ادغام می‌شوند.

میزان شیوع سرطان

بیش از یک نفر از هر چهار نفر در آمریکای شمالی به سرطان مبتلا خواهد شد. حدود نیمی از این بیماران در نهایت بر اثر بیماری جان خود را از دست

خواهند داد. تنها؛ بیماری قلبی میزان مرگ‌ومیر بیشتری نسبت به سرطان دارد. میزان بروز سرطان در ایالات متحده و کانادا بیش از یک میلیون مورد جدید در

سال است.(این آمار سرطان پوست غیرملانومایی را شامل نمی‌شود، زیرا این نوع سرطان شایع اما تقریباً همیشه قابل درمان است.)

رایج‌ترین و یکی از مرگبارترین انواع سرطان، سرطان ریه است. شیوع سرطان ریه در زنان به‌سرعت در حال افزایش است، زیرا زنان بیشتری به سیگار کشیدن روی

آورده‌اند. این سرطان اکنون از سرطان پستان پیشی گرفته و به علّت اصلی مرگ ناشی از سرطان در زنان تبدیل شده است.

سایر انواع شایع سرطان عبارت‌اند از:

سرطان پستان - در حدود یک نفر از هر ده زن

سرطان روده‌ی بزرگ و راست‌روده

سرطان پروستات (در مردان)

سرطان رحم (در زنان)

سرطان دستگاه ادراری

سرطان‌های خون و اندام‌های لنفاوی

سرطان در مردان کمی شایع‌تر از زنان است.

احتمال بروز سرطان با افزایش سن بیشتر می‌شود.

بااین‌حال، بسیاری از افراد در دهه‌های ۳۰، ۴۰ و ۵۰ زندگی خود هم؛ گرفتار سرطان می شوند.

درکودکان ۳ تا ۱۴ ساله، سرطان علّت اصلی مرگ ناشی از بیماری است.

چگونه بدن با رشد سرطان مقابله می‌کند؟

با وجود تلاش‌های بسیاری از دانشمندان متعهد در طول سال‌ها، هنوز اطّلاعات قطعی کمی در مورد روش‌هایی که بدن ما به‌طور طبیعی از طریق آن‌ها از بروز یا کند شدن رشد سرطان جلوگیری می‌کند، در دسترس است.

"**سیستم ایمنی**"معمولاً به‌عنوان مهم‌ترین دفاع بدن در برابر سرطان معرفی می‌شود.

این اصطلاح از نظر متخصصان، معنای خاص و محدودی دارد، که در ادامه توضیح داده خواهد شد، اما افراد

غیرمتخصص معمولاً از این اصطلاح برای اشاره به هر مکانیسمی که با سرطان مقابله می‌کند، استفاده می‌کنند.

اکنون مشخص شده است که اگرچه سیستم ایمنی در برابر برخی سرطان‌ها واکنش نشان می‌دهد، اما به هیچ وجه یک دفاع فراگیر یا کاملاً قابل‌اعتماد در برابر سرطان نیست.

سایر مکانیسم‌های بدن نیز در مقابله با این بیماری نقش دارند، از جمله:

هورمون‌های در گردش که بر رشد برخی از سرطان‌ها تأثیر می‌گذارند.

عوامل رشد در بافت‌های خاص بدن که احتمالاً نقشی در کنترل سرطان دارند.

سلول‌ها و مولکول‌های خاصی که ممکن است در این فرآیند دخیل باشند.

این عدم قطعیت در درک مکانیسم‌های مقابله با سرطان، برای بیماران سرطانی که به دنبال پاسخ‌های ساده هستند، بسیار ناامیدکننده است.

اما فرآیند رشد و کنترل سرطان، متأسفانه، فوق‌العاده پیچیده است.

آیا شواهدی وجود دارد که بدن با سرطان مقابله می‌کند؟

بیایید کمی به عقب برگردیم و یک سوال اساسی‌تر بپرسیم:

آیا شواهدی وجود دارد که نشان دهد بدن به‌طور طبیعی با رشد سرطان مقابله می‌کند، یا اینکه این سلول‌های غیرطبیعی پس از تشکیل، بدون هیچ مانعی رشد می‌کنند؟

این سوال در اینجا اهمیت زیادی دارد: اگر مکانیسم‌های کنترلی وجود داشته باشند، پس می‌توان نتیجه گرفت که سرطان، حداقل تا حدی، به دلیل نقص در این مکانیسم‌های کنترلی ایجاد می‌شود.

در این صورت، منطقی خواهد بود که از روش‌های درمانی مبتنی بر تقویت مکانیسم‌های کنترلی طبیعی بدن استفاده کنیم.

شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد رشد و گسترش سرطان به‌طور طبیعی توسط مکانیسم‌هایی در بدن مهار می‌شود.

1. وجود تومورهای "**خاموش**" یا "**پنهان**" که به نظر نمی‌رسد رشد بیشتری داشته باشند.

   - به‌عنوان مثال، در پروستات بسیاری از مردانِ بالای ۴۰ سال،

تومورهای کوچک و خاموش مشاهده شده است.

- این تومورهای کوچک همچنین در پستان بسیاری از زنانی که تومور اولیه‌ی پستانشان برداشته شده است، یافت می‌شود.
- نمونه‌برداری (بیوپسی) از همان پستان، پستان مقابل یا غدد لنفاوی مجاور، اغلب تومورهای کوچک و ابتداییِ بیشتری را نشان می‌دهد.

۲. ما می‌دانیم که این تومورها معمولاً پیشرفت نمی‌کنند، زیرا بسیاری از بیماران پس از جراحی اولیه کاملاً درمان می‌شوند.

شواهد دیگر مبنی بر اینکه گسترش سرطان اغلب نتیجه‌ی نقص در کنترل بدن است

یکی دیگر از شواهدی که نشان می‌دهد گسترش سرطان اغلب به دلیل اختلال در مکانیسم‌های کنترلی بدن است، نه صرفاً یک ویژگی ذاتی سلول‌های سرطانی، الگوی رشد متاستاتیک در برخی سرطان‌ها است.

. پس از برداشتن سرطان اولیه‌ی پستان، ممکن است بیمار تا ۲۰ یا ۳۰ سال هیچ علامتی از بیماری نداشته باشد.

. اما در برخی موارد نادر، ناگهان تعداد زیادی متاستاز در سراسر بدن ظاهر می‌شود که منجر به مرگ بیمار طی چند ماه می‌شود.

این نشان می‌دهد که سلول‌های سرطانی در تمام این مدت در بدن حضور داشته‌اند، اما بدن توانسته بود رشد آن‌ها را مهار کند—تا زمانی که شرایطی نامعلوم

به آن‌ها اجازه‌ی فرار از این کنترل را داده است.

وجود سلول‌های پیش‌سرطانی در بدن افراد سالم

می‌توان با اطمینان گفت که در بدن همه‌ی افراد سالم، سلول‌های بالقوه سرطانی وجود دارند.

. هر بار که یک سلول طبیعی تقسیم می‌شود، احتمال کمی وجود دارد که در DNAآن جهشی رخ دهد.

. خطر بروز جهش در هر سلول منفرد؛ ناچیز است، اما با توجه به اینکه

میلیاردها سلول در بدن دائماً در حال تقسیم هستند، سلول‌های بالقوه سرطانی همواره در حال تولید شدن هستند.

بیشتر زیست‌شناسانِ سلولی؛ این موضوع را تأیید می‌کنند، اما درباره‌ی نقش مکانیسم‌های کنترلیِ بدن اختلاف نظر دارند:

. برخی معتقدند که بدن این سلول‌های جهش‌یافته را تحت کنترل دارد و از تبدیل آن‌ها به سرطان جلوگیری می‌کند.

. برخی دیگر استدلال می‌کنند که بیشتر سلول‌های پیش‌سرطانی به‌طور طبیعی شانسِ بسیار کمی برای تبدیل شدن به سلول‌های بدخیم دارند.

قوی‌ترین شواهد: بهبودی "خودبه‌خودی" از سرطان قوی‌ترین شواهد برای توانایی بدن در کنترل برخی سرطان‌ها، پدیده‌ی "بهبودی خود به خودی" است.

این پدیده به مواردی اشاره دارد که در آن، سرطان‌های پیشرفته بدون هیچ

درمان پزشکیِ شناخته‌شده‌ای، به‌طور کامل ناپدید می‌شوند.

اگرچه این رویداد نادر است، اما اکنون مشخص شده که شاید کمتر از آنچه قبلاً تصور می‌شد، نادر باشد.

در ایالات متحده، گروهی از پژوهشگران هزاران مورد بهبودیِ خودبه‌خودیِ مستند را جمع‌آوری کرده‌اند.

ما هنوز نمی‌دانیم چه عواملی این نوع بهبودی را ایجاد می‌کنند.

پزشکان محافظه‌کار همچنان معتقدند که این موارد ممکن است ناشی از خطاهای تشخیصی اولیه باشند.

اما بسیاری از این پرونده‌ها به‌دقت بررسی شده و توسط متخصصان تأیید شده‌اند.

بدن ما توانایی زیادی در تنظیم و کنترل سرطان دارد. تمام شواهدی که در بالا ذکر شد، به‌طور معقولی نشان می‌دهد که بدن دارای توانایی‌های قابل‌توجهی در تنظیم و کنترل سرطان است.

سرطان همیشه نتیجه‌ی یک رویداد فاجعه‌بار نیست، بلکه اغلب نتیجه‌ی اختلال در مکانیسم‌های کنترل طبیعی بدن است.

درک بهتر این مکانیسم‌ها می‌تواند راه را برای توسعه‌ی روش‌های درمانی جدید و مؤثرتر باز کند.

مکانیسم‌های احتمالی بدن در پیشگیری یا مهار سرطان

پس مکانیسم‌هایي که بدن ما از طریق آن‌ها ممکن است از سرطان جلوگیری کند

یا پس از ایجاد، آن را تحت کنترل نگه دارد، چیست؟

پیش‌تر به سیستم ایمنی اشاره کردم.

سیستم ایمنی یک مجموعه‌ی پیچیده است که جزء اصلی آن، یک ارتش عظیم متشکل از حدود یک میلیون میلیارد سلول گرد و کوچک به نام لنفوسیت است.

این لنفوسیت‌ها در خون و مایع لنفاوی گردش می‌کنند، از میان بافت‌ها عبور کرده و مستقیماً به باکتری‌ها و ویروس‌های بیگانه که به بدن تهاجم

کرده‌اند، حمله می‌کنند یا علیه آن‌ها آنتی‌بادی تولید می‌کنند.

غدد یا گره‌های **لنفاوی** بخشی از این سیستم هستند، و به‌عنوان ایستگاه‌هایی عمل می‌کنند که در آن‌ها لنفوسیت‌ها تکثیر می‌شوند.

اندام‌های دیگری مانند طحال، مغزِ استخوان و تیموس نیز در تولید و گردش لنفوسیت‌ها نقش دارند.

چندین نوع لنفوسیت وجود دارد، و ممکن است در متون علمی به اصطلاحاتی مانند موارد زیر برخورد کنید:

۱. "سلول‌های T "برخی از این سلول‌ها مستقیماً به سلول‌هایِ آلوده به ویروس یا سلول‌هایِ توموری حمله می‌کنند.

۲. "سلول‌هایBاین سلول‌ها آنتی‌بادی تولید می‌کنند، یعنی پروتئین‌هایِ محافظتی که آنتی‌ژن‌ها (مواد خارجی) را خنثی می‌کنند.

آیا سیستم ایمنی از بدن در برابر سرطان محافظت می‌کند؟

سیستم ایمنی با استفاده از این سلول‌های دفاعی، بدن را در برابر عوامل عفونی محافظت می‌کند.

سال‌ها تصور می‌شد که این سیستم در از بین بردن سلول‌های سرطانی نیز نقش دارد.

ایمنی ضدتومور به‌عنوان یک امتداد طبیعی از مبارزه‌ی بدن با میکروارگانیسم‌ها در نظر گرفته می‌شد، زیرا سلول‌های سرطانی در مدل‌های آزمایشیِ حیوانی اغلب دارای آنتی‌ژن‌هایِ جدید یا موادی

روی سطح خود هستند که در سلول‌های طبیعی یافت نمی‌شوند.

انتظار می‌رفت که سیستم ایمنی، این سلول‌های سرطانی را همانند مهاجمان خارجی شناسایي و نابود کند.

اما اکنون می‌دانیم که چنین آنتی‌ژن‌های توموری در بسیاری از سرطان‌های انسانی وجود ندارند.

علاوه بر این، مشخص شده است که افراد یا حیواناتی که فاقد یک سیستم ایمنی مؤثر هستند، نسبت به انواع رایج سرطان‌ها؛ حساسیت غیرمعمولی ندارند.

این حقایق، همراه با مشاهدات دیگر، احتمال این فرضیه را که **سیستم ایمنی، مکانیسم اصلی دفاعی بدن در برابر بیماری‌های بدخیم باشد**، کاهش داده است.

توجه به ایمنی غیر اختصاصی و "سلول‌های قاتل طبیعی(NK Cells) "

به همین دلیل، در بسیاری از آزمایشگاه‌ها، تمرکز از ایمنی اختصاصی به سمت ایمنی غیر اختصاصی تغییر یافته است.

یکی از مهم‌ترین مکانیسم‌های مورد توجه، فعالیت "سلول‌های قاتل طبیعی" Natural Killerیا NK Cells و سلول‌های مرتبط با آن‌هاست.

این سلول‌ها در سراسر بدن گردش کرده و قادر به کشتن برخی انواع سلول‌های توموری هستند.

اما هنوز مشخص نیست که این سلول‌های NK چگونه بین سلول‌های سرطانی و سلول‌های طبیعی بدن تمایز قائل می‌شوند.

همچنین، این سلول‌ها در برابر بسیاری از انواع تومورهای جامدِ انسانی مؤثر به نظر نمی‌رسند.

دیگر مکانیسم‌های دفاعی احتمالی بدن در برابر سرطان

آیا مکانیسم‌های دفاعی دیگری نیز وجود دارند؟

هورمون‌ها، که به‌عنوان پیام‌رسان‌های بین سلولی عمل می‌کنند، بر رشد برخی از تومورها تأثیر می‌گذارند.

به‌عنوان مثال:

سرطان‌های پروستات معمولاً برای رشد خود به آندروژن‌های مردانه (هورمون‌های جنسی مردانه) در خون وابسته هستند. برخی از سرطان‌های پستان با استروژن یا پروژسترون (هورمون‌های جنسی زنانه) تحریک به رشد می‌شوند.

درمان‌هایی که بر حذف یا مسدود کردن این هورمون‌ها تمرکز دارند، اغلب باعث کوچک شدن یا کنترل رشد سرطان‌های وابسته به هورمون می‌شوند.

اما متأسفانه، این روش‌ها به‌اندازه‌ای مؤثر نیستند که بتوانند سرطان را به‌طور کامل درمان کنند.

فاکتورهای رشد؛ هورمون‌های محلی کنترل‌کننده‌ی رشد بافت‌ها

دسته‌ای از مولکول‌ها به نام "فاکتورهای رشد" یا "هورمون‌های محلی" وجود دارند که به‌طور موضعی رشد بافت‌ها را کنترل می‌کنند.

هنگامی که بافت‌های طبیعی در حال رشد یا ترمیم هستند (مانند بهبود زخم)، نیاز است که سیگنال‌هایي به سلول‌های خود

ارسال کنند تا مشخص شود چه زمانی باید از تکثیر دست بکشند.

اما حساسیت به این سیگنال‌ها ممکن است در طی فرآیند سرطانی شدن سلول‌ها از بین برود.

علاوه بر این هورمون‌های در گردش و موضعی، برخی از انواع دیگر مولکول‌ها نیز گاهی به‌عنوان **کنترل‌کننده‌های احتمالی سرطان** مطرح شده‌اند.

آیا بدن واقعاً مکانیسم‌های دفاعی علیه سرطان دارد؟

متأسفانه، هنوز به‌طور قطعی نمی‌دانیم که چه عواملی سلول‌های سرطانی را تنظیم می‌کنند.

اما با توجه به دانش فعلی، می‌توان گفت که بدن به‌طور طبیعی دارای مکانیسم‌هایی برای مقابله با سرطان است.

چند نمونه از این مکانیسم‌ها عبارت‌اند از:

۱. آنزیم‌های داخل سلولی که می‌توانند تغییرات اولیه‌ی سرطانی در سلول‌ها را ترمیم کنند.

۲. هورمون‌های محلی که می‌توانند سلول‌های غیرطبیعی را در مراحل اولیه مهار کنند.

۳. مکانیسم‌های ایمنیِ کلاسیک و "طبیعی "که ممکن است در مراحل بعدی، سلول‌های خطرناک را شناسایی و نابود کنند.

دو دیدگاه کاملاً متفاوت درباره‌ی رشد سرطان در بدن

اکنون می‌توانیم درک کنیم که چرا این بحث فنی ضروری بود.

دو دیدگاه کاملاً متفاوت در مورد شرایطی که به سرطان اجازه‌ی رشد در بدن را می‌دهند، وجود دارد:

۱ .دیدگاه اول:

تمام تقصیر را متوجه **سلول‌های سرطانی** می‌داند و هرگونه نقش قابل‌توجهی برای مکانیسم‌های دفاعی میزبان را انکار می‌کند.

این دیدگاه همچنان پایه‌ی اصلی بیشتر درمان‌های پزشکی فعلیِ سرطان است.

بر اساس این نظریه، برای مقابله با سرطان، باید "همه‌ی سلول‌های

غیرطبیعی" را از بین ببریم، خواه از طریق جراحی، پرتودرمانی یا شیمی‌درمانی.

اما این ایده احتمالاً غیرممکن است، زیرا سلول‌های سرطانی به‌طور اجتناب ناپذیری از طریق جریان خون در سراسر بدن پخش می‌شوند.

این فلسفه همچنین نقش روش‌های مکمل را که هدف آن‌ها تقویت ظرفیت ذاتی بدن و ذهن؛ برای مقاومت در برابر بیماری است، ردّ می‌کند.

دیدگاه دوم: سرطان به دلیل نقص در مکانیسم‌های تنظیمی بدن ایجاد می‌شود

دیدگاه دوم، که جدیدتر است، بر این باور است که سرطان نه‌تنها به دلیل تغییرات درون‌سلولی در سلول‌ها ایجاد می‌شود، بلکه به همان اندازه ناشی از اختلال در مکانیسم‌های تنظیمی طبیعی بدن است که قبلاً به آن‌ها اشاره کردیم.

این دیدگاه چگونه به ما کمک می‌کند؟

کمک می‌کند زیرا یک مسیر دوم برای درمان ارائه می‌دهد.

اگر ضعف در تنظیم سلولی یکی از عوامل مؤثر در رشد سرطان باشد، پس می‌توانیم این تنظیم را تقویت کنیم.

چگونه؟

در آینده، ممکن است اطّلاعات کافی برای انجام این کار از طریق تزریقِ عوامل شیمیاییِ که کنترل‌های طبیعیِ بدن را کارآمدتر کنند، داشته باشیم.

اما در حال حاضر، هنوز نمی‌دانیم چگونه این کار را انجام دهیم.

بااین‌حال، یک چیز را می‌دانیم که می‌تواند به ما کمک کند و این همان ایده‌ی اصلی این کتاب است:

ذهن، یا مغز، تنظیم‌کننده‌ی اصلی بدن است (بیشتر در مورد این موضوع در فصل ۵ توضیح داده خواهد شد).

ما می‌توانیم از ذهن خود برای بهبود شرایط بدن استفاده کنیم تا رشد سرطان بسیار دشوار یا حتی غیرممکن شود.

می‌توانید این فرآیند را به این صورت تصور کنید:

سرطان یاد گرفته است که در "سوپی" که بدن فراهم می‌کند، رشد کند.

اگر بخواهید به بدن خود در مقاومت در برابر رشد سرطان کمک کنید، ترکیب این "سوپ" باید تغییر کند.

این تغییرات باید در جهت هماهنگی، آرامش، کاهش استرس‌های شدید و از بین بردن تعارضات باشد.

رشد معنوی نیز مهم است، که در ادامه‌ی کتاب درباره‌ی آن صحبت خواهیم کرد.

با تغییرِ ذهن در این مسیر، بدن سیگنالی دریافت می‌کند که "همه‌چیز خوب است"، و ترکیب "سوپ" به حالتی بازمی‌گردد که بهترین شرایط ممکن را برای

مهار رشد سرطان یا هر بیماری دیگری فراهم کند.

در نهایت، چه اتفاقی برای بیماران مبتلا به سرطان می‌افتد؟

اولین نکته‌ی مهم این است که **تشخیص سرطان الزاماً به معنای مرگ نیست؛** تقریباً نیمی از بیماران زنده می‌مانند!

نتیجه‌ی بیماری به چندین عامل بستگی دارد:

۱. مرحله‌ای که سرطان در آن تشخیص داده می‌شود.

۲. محل سرطان در بدن.

۳. نوع جهش‌های رخ‌داده در سلول‌های سرطانی.

۴. وضعیت کلی سلامت و مقاومت بدن بیمار.

سرطان پیشرفته‌ی متاستاتیک معمولاً بسیار جدی و تقریباً همیشه کشنده است.

مرگ ممکن است به یکی از این دلایل رخ دهد:

- آسیب به اندام‌های حیاتی.
- عوارض ناشی از درمان‌ها.

. "کاشکسی سرطانی:

. (Cancer Cachexia)

حالتی که در آن بافت‌های طبیعی بدن دچار گرسنگی تدریجی می‌شوند، زیرا سلول‌های سرطانی که به‌سرعت تقسیم می‌شوند، مواد مغذی موجود را مصرف می‌کنند.

چالش پزشکان در برقراری ارتباط با بیماران سرطانی در مراحل پایانی

پزشکانی که باید با بیمارانی که بیماری آن‌ها به مراحل پایانی رسیده است،

صحبت کنند، با وظیفه‌ای دشوار روبه‌رو هستند.

برخی بیماران می‌پرسند: "چقدر فرصت دارم؟" برخی دیگر از دریافت پاسخ به این سؤال عمیقاً ناراحت یا افسرده می‌شوند.

در هر حال، تخمین مدت‌زمان زنده ماندن یک بیمار بسیار دشوار است، زیرا سیر پیشرفت سرطان به‌شدت متغیر است.

آمارهای بقا، تنها میانگین‌ها را نشان می‌دهند و ممکن است وضعیت بیمارانی که مصمم به مبارزه با بیماری و انجام هر

کاری برای کمک به خود هستند، منعکس نکنند.

مطابق با دیدگاه زیست‌پزشکیِ رایج که معتقد است سرطان صرفاً تحت تأثیر عوامل بیولوژیکی است، **ویژگی‌های فردی** بیماران معمولاً هنگام پیش‌بینی نتیجه‌یِ بیماری نادیده گرفته می‌شوند.

آیا مرگ بر اثر سرطان همیشه با درد غیرقابل‌تحمل همراه است؟

بیماران اغلب نگران این هستند که مرگ ناشی از سرطان با درد شدیدی همراه باشد.

اما دانستن این موضوع آرامش‌بخش است که در بیشتر موارد، درد جسمانی را می‌توان با داروهای مدرن به‌طور مؤثری کنترل کرد.

بااین‌حال، درد احساسی؛ مسئله‌ای متفاوت است.

در جامعه‌ی ما، معمولاً بیماران و خانواده‌های آن‌ها را در مواجهه با این درد احساسی تنها می‌گذاریم.

مشاهدات من نشان داده است که در بیشتر مراحل بیماری، بسیاری از افراد بیشتر از آنکه از تغییرات جسمی رنج

ببرند، از روبه‌رو شدن با حقیقت مرگ و فانی بودن خود دچار عذاب می‌شوند.

بخش عمده‌ای از مطالبی که در فصل‌های بعدی این کتاب مورد بحث قرار خواهند گرفت، به کاهش این **درد احساسی** مربوط می‌شود.

نکته‌ی شگفت‌انگیز این است که کیفیتِ زندگی می‌تواند تا زمانِ مرگ همچنان بالا باقی بماند.

بخش دوم
کمک از بیرون

۳

مزایا و محدودیت‌های درمانِ پزشکی

راه‌های مختلفِ کمک به روند بهبودی

روش‌های متعددی برای کمک به بهبودی وجود دارند.

شناخته‌شده‌ترین روش، استفاده از داروهای خاص و انجام برخی اقدامات پزشکی است که همه‌ی آن‌ها را تحت عنوان **"پزشکی غربی"** دسته‌بندی می‌کنیم.

در فرهنگ‌های دیگر و در دوره‌های زمانی مختلف، رویکردهای متفاوتی برای درمان استفاده شده‌اند.

در این کتاب، من بین دو مسیر شفابخشی؛ تمایز قائل شده‌ام:

1. شفابخشی از بیرون (تلاش برای معکوس کردن بیماری با استفاده از عوامل و روش‌هایي که از خارج اعمال می‌شوند).
2. شفابخشی از درون (تلاش‌های بیمار برای بسیج کردن منابع داخلیِ بدن خود برای بهبودی از درون).

هدف ما این است که توضیح دهیم چرا و چگونه باید مسیر دوم (شفابخشی از درون) را به درمان سرطان اضافه کنیم.

در این فرآیند، لازم است نگاهی کلی داشته باشیم به آنچه می‌توان برای بیماران سرطانی از بیرون انجام داد، و همچنین نقاط قوت و ضعف مسیر شفابخشی از بیرون را بررسی کنیم، زیرا بسیاری از افراد این روش را تنها رویکردِ معتبر درمانی می‌دانند.

دو دسته‌ی درمان‌های خارجی

درمان‌های خارجی را می‌توان به دو دسته‌ی کلی تقسیم کرد:

۱. پزشکی زیستیِ متعارفِ غربی (موضوع این فصل)

۲. روش‌ها و عوامل "غیرمتعارف " روش‌هایی که عمدتاً در فرهنگ‌های دیگر به کار می‌روند، یا در غرب استفاده می‌شوند اما هیچ شواهدِ علمیِ معتبر برای اثربخشی آن‌ها وجود ندارد (موضوع فصل بعدی.)

ممکن است ارتباط دادن پزشکی مدرنِ غربی با درمان‌های غیرمتعارف یا اثبات‌نشده، غیرقابل قبول به نظر برسد، اما این دو، ویژگی‌هایی مشترک دارند:

هر دو ما را تشویق می‌کنند که سرنوشت خود را به دست فرد دیگری، یعنی یک "شفادهنده‌ی" تعیین‌شده، بسپاریم و به درمان‌های او تکیه کنیم.

هر دو بر این تمایلِ روان‌شناختیِ ما تکیه دارند که هنگام مواجهه با یک بیماری جدی، دچار نوعی بازگشتِ به عقب شویم و بخواهیم که شخصی یا چیزی

(شاید جایگزینی برای والدین) مشکل را برای ما حل کند.

با این حال، **هدف من دفاع از درمان‌های اثبات‌نشده نیست** (همان‌طور که در فصل بعدی مشخص خواهد شد)، و همچنین قصد ندارم نقش مهم و حتی غالبِ پزشکیِ متعارف را در درمان سرطان انکار کنم.

اما پیش از آنکه به بررسیِ شفابخشی از درون بپردازیم، لازم است ابتدا مروری مختصر بر مهم‌ترین درمان‌های متعارف

فعلی و پیامدهای تکیه‌ی صرف بر آن‌ها؛ داشته باشیم.

روش‌های تشخیصی سرطان

هیچ آزمایش واحد و کلّی برای تشخیص سرطان وجود ندارد.

بااین‌حال، مجموعه‌ای از روش‌های قدرتمند می‌توانند برای تأیید تشخیص پس از معاینه‌ی بالینی استفاده شوند.

این روش‌ها شامل موارد زیر هستند:

1. تکنیک‌های رادیولوژیکی:

اشعه‌ی ایکس معمولی

روش‌های پیشرفته‌تر مانند سی‌تی‌اسکن (CAT-Scanning)، که می‌تواند تصاویر مقطعی از بدن ارائه دهد.

۲. تصویربرداری با سونوگرافی (امواج صوتی).

۳. آندوسکوپی:

- لوله‌های انعطاف‌پذیری که از طریق منافذِ بدن "برای مشاهده‌ی داخل بدن یا نمونه‌برداری (بیوپسی) " وارد می‌شوند.

۴. ردیابی توزیـع ایزوتوپ‌های رادیواکتیوِ تزریق‌شده در بدن.

۵. آزمایش‌های خونی برای شناسایی مولکول‌های غیرطبیعیِ در گردش.

تأیید نهایی تشخیص اغلب از طریق بررسی **بافت شناختی** (میکروسکوپی) سلول‌هایی که از بافت مشکوک به سرطان گرفته شده‌اند (بیوپسی) انجام می‌شود.

بااین‌حال، مانند همه‌ی روش‌های تشخیصی، این روش نیز کاملاً بدون خطا نیست.

چرا باید از این روش‌ها استفاده کنیم؟

اگرچه هیچ روشی بی‌نقص نیست، اما شاخه‌ی تشخیصی آنکولوژی (تخصص

پزشکی مرتبط با سرطان) به‌طور کلی بسیار دقیق، حساس و قابل‌اعتماد است.

نادیده گرفتن این روش‌های تشخیصی، در بسیاری از موارد، نه‌تنها غیرمنطقی بلکه حتی مضرّ خواهد بود.

انواع روش‌های درمانی سرطان

برخلاف پیشرفت‌های قابل‌توجه در تشخیص سرطان، درمان‌های پزشکی غربی، به‌ویژه برای سرطان‌های پیشرفته، هنوز بسیار دور از ایده‌آل هستند و در بسیاری از موارد، نه‌تنها مؤثر نیستند بلکه برای بیمار مضرّ نیز هستند.

به‌طور معمول، بر موفّقیت‌های پزشکی در درمان سرطان تأکید می‌شود، و قصد من کم‌اهمیت جلوه دادن این دستاوردها نیست—به‌ویژه که جراحی خودِ من را از مرگ نجات داد.

بااین‌حال، هنگامی که به این حوزه به‌طور کلی نگاه کنیم، آشکار می‌شود که درمان سرطان هنوز در مقایسه با درمان بسیاری از بیماری‌های دیگر؛ در وضعیت نسبتاً ابتدایی قرار دارد.

سه روش اصلی درمان سرطان عبارت‌اند از:

۱. جراحی
۲. پرتودرمانی
۳. شیمی‌درمانی

همه‌ی این روش‌ها هنوز نسبتاً خام هستند و نه‌تنها سلول‌های سرطانی بلکه به بافت‌های طبیعی نیز آسیب می‌زنند.

احتمالاً در آینده، روش‌های بسیار ظریف‌تر و مؤثرتری توسعه خواهند یافت که بر اساس تنظیم و کنترل طبیعی بدن برای جلوگیری از رشدِ غیرطبیعی خواهند بود.

۱. جراحی

اگر سرطان در مراحل اولیه باشد و **موضعی** باقی بماند، بهترین شانس برای درمان وجود دارد، و معمولاً جراحی، روش انتخابی است.

هدف این است که تمام تومور اولیه و بافت طبیعیِ اطراف که ممکن است سلول‌های سرطانی در آن پخش شده باشند، برداشته شود.

غدد لنفاوی مجاور اغلب خارج می‌شوند، زیرا در بسیاری از سرطان‌ها، سلول‌های جداشده از تومور در آنجا تجمع کرده و

ممکن است در نهایت در سراسر بدن گسترش یابند.

 بااین‌حال، همان‌طور که قبلاً اشاره شد، احتمالاً برداشتن تمام سلول‌های سرطانی از بدن غیرممکن است.

 بااین‌وجود، منطقی است که تا حد امکان بسیاری از سلول‌های سرطانی را حذف کنیم، تا مکانیسم‌های تنظیمی بدن راحت‌تر بتوانند سلول‌های باقی‌مانده را کنترل یا حذف کنند.

۲ .پرتودرمانی

پرتودرمانی (استفاده از اشعه‌ی گاما و فوتون‌های پرانرژی) روش ارجح در مواردی است که جراحی؛ امکان‌پذیر یا ایمن نباشد.

به‌عنوان مثال، تومورهای حنجره اغلب تحتِ پرتودرمانی قرار می‌گیرند تا از آسیب به تارهای صوتی جلوگیری شود.

گاهی پرتودرمانی به‌عنوان یک درمان مکمّل در کنار جراحی؛ استفاده می‌شود:

در سرطان پستان، پس از جراحی، محل جراحی تحت تابش قرار می‌گیرد تا

سلول‌های سرطانیِ باقی‌مانده در آن ناحیه از بین بروند.

پرتودرمانی همچنین در درمان تسکینی (پالیاتیو) برای سرطان متاستاتیک در ساختارهایی مانند استخوان بسیار مفید است.

درمان‌های پالیاتیو به‌منظور کاهش درد و ناراحتی انجام می‌شوند، بدون آنکه انتظار درمان کامل وجود داشته باشد.

پیشرفت‌های مدرن؛ امکان تمرکز دقیق‌تر پرتودرمانی را فراهم کرده‌اند، اما هنوز هم

برخی از سلول‌های طبیعیِ مجاور آسیب می‌بینند.

۳ .شیمی‌درمانی

شیمی‌درمانی شامل طیف گسترده‌ای از داروهای تزریقی یا خوراکی است که سلول‌های در حال تقسیم را از بین می‌برند.

از آنجا که سلول‌های سرطانی دائم در حالِ تقسیم هستند و این ویژگی آن‌ها را خطرناک می‌سازد، نسبت به بیشتر سلول‌های طبیعی بدن حساسیتِ بیشتری به این داروها دارند.

برخلاف جراحی یا پرتودرمانی، داروهای شیمی‌درمانی می‌توانند سلول‌های سرطانی را در سراسر بدن هدف قرار دهند.

این ویژگی ممکن است آن‌ها را به گزینه‌ی ایده‌آلی برای درمانِ سرطان‌های منتشر تبدیل کند، **اما متأسفانه در عمل، این‌گونه نیست.**

این داروها را نمی‌توان در دوزهای بسیار بالا استفاده کرد، زیرا چنین دوزهایی سلول‌های طبیعیِ در حالِ تقسیم را نیز از بین می‌برند—**مثلاً سلول‌های پوشاننده‌ی روده.**

شیمی‌درمانی، به‌صورت تَکی یا در ترکیب با داروهای دیگر، برای برخی سرطان‌ها بسیار مؤثر بوده است.

برای مثال، این روش اغلب منجر به درمان کامل در موارد زیر می‌شود:

. سرطان بیضه

. لنفوم هوچکین

. لوسمی‌های دوران کودکی

اما متأسفانه، داروهای موجود قادر به درمان مراحل پیشرفته‌ی سرطان‌های رایج مانند موارد زیر نیستند:

. سرطان ریه

. سرطان پستان

. سرطان دستگاه گوارش

شیمی‌درمانی از دهه‌ی ۱۹۴۰ به‌عنوان یک روش درمانی مورد استفاده قرار گرفته است، و تحقیقات گسترده‌ای برای توسعه‌ی داروهای جدید و ترکیبات بهتر در حال انجام است.

بنابراین، می‌توان به پیشرفت‌های بیشتر در آینده امیدوار بود.

این خلاصه‌ی کوتاه از درمان‌های پزشکی رایج سرطان است

برای افرادی که مایل به مطالعه‌ی جزئیات بیشتری هستند، می‌توانند به منابع ذکرشده در بخش "مطالعه‌ی بیشتر" مراجعه کنند.

اکنون اطّلاعات زمینه‌ای کافی در اختیار داریم تا بتوانیم مزایا و محدودیت‌های درمان‌هایِ پزشکی را ارزیابی کنیم.

تصمیم‌گیری درباره‌ی درمان

سرطان در مراحل اولیه؛ اغلب قابل درمان است، به‌ویژه از طریق جراحی.

برای مثال، میزان موفقیت در سرطان پستان یا روده‌ی بزرگ بالا است.

بنابراین، بی‌معنی و نادرست است که در صورت مشکوک شدن به سرطان، به‌دنبال مشاوره‌ی پزشکی و درمان نباشیم.

بسیاری از افراد وقتی متوجه یک توده یا خونریزی غیرطبیعی می‌شوند، مراجعه به پزشک را به تأخیر می‌اندازند.

ترس ناخودآگاه آن‌ها چنان شدید است که دچار نوعی تفکر جادویی می‌شوند: **"اگر آن را نادیده بگیرم، خودبه‌خود از بین می‌رود".**

این نوع تفکرِ آرزومندانه، منجر به مرگ غیرضروریِ بسیاری از افراد می‌شود.

حتی در مواردی که سرطان موضعی به‌طور "کامل" از طریق جراحی برداشته شود، معمولاً خطرِ قابل‌توجهی برای عودِ مجددِ بیماری وجود دارد، زیرا برخی از سلول‌های سرطانی ممکن است قبل یا در حین جراحی؛ از تومور فرار کرده باشند.

بنابراین، رویکردهای خودیاری که در ادامه‌ی کتاب توضیح داده خواهد شد، در چنین شرایطی کاملاً مرتبط هستند و باید برای کاهشِ احتمال بازگشت سرطان مورد استفاده قرار گیرند.

سرطان پیشرفته؛ چالش‌ها و برنامه‌ریزی درمانی

سرطان پیشرفته موضوعی متفاوت است.

نخست، باید درک روشنی از آنچه با آن روبه‌رو هستیم، داشته باشیم—که این امر مستلزم استفاده از قدرت بالای روش‌هایِ تشخیصیِ مدرنِ پزشکی است.

اما در مرحله‌ی برنامه‌ریزی درمان، بیمارانی که مایل به کمک به خود هستند، نباید صرفاً توصیه‌های پزشک خود را به‌صورت منفعلانه بپذیرند.

گام‌هایی که می‌توان در این مسیر برداشت، شامل موارد زیر است:

۱ .مشخص کنید که چه می‌خواهید و چه انتظاری دارید.

بیشتر ما بدون تردید می‌گوییم که می‌خواهیم "درمان شویم"، که به‌نظر می‌رسد به این معناست که بیماری باید کاملاً از بین برود و وضعیت اولیه‌ی بدن بازگردد.

درحالی‌که امیدِ به این نتیجه؛ طبیعی است، مهم است که بدانیم **"درمان**

قطعی" (معمولاً در صورتی که سرطانی به‌طور گسترده گسترش یافته باشد) وجود ندارد.

یک هدف واقع‌بینانه‌تر این است که تا حدّ ممکن با سلامتِ خوب زندگی کنیم.

در برخی موارد، اگر فردی برای چندین سال پس از درمان؛ عاری از بیماری باشد، خطر بازگشت سرطان به سطحی کاهش می‌یابد که با سایر افراد جامعه تفاوتی ندارد—و این می‌تواند به شکل منطقی به‌عنوان یک "درمان" در نظر گرفته شود.

۲ .درباره‌ی گزینه‌های درمانی تحقیق کنید.

باید بدانیم که روش‌های مختلف درمانی چقدر مؤثر هستند و جدیدترین دیدگاه‌های پزشکی در این زمینه چیست.

گاهی اوقات، مزایای یک درمان؛ کاملاً واضح است، اما اغلب این‌گونه نیست.

می‌توان نظر شخص دومی را جویا شد، و گاهی پزشکان درباره‌ی بهترین روش درمانی اختلاف نظر دارند.

وقتی این اتفاق می‌افتد، معمولاً به این دلیل است که حتی برای یک متخصص

نیز پیش‌بینیِ دقیقِ روند بیماری و تأثیرِ درمان دشوار است.

۳ .**عوارض جانبیِ** احتمالیِ درمان را مشخص کنید.

برخی از این عوارض می‌توانند شدید باشند.

برای مثال، عوارض جانبی شیمی‌درمانی ممکن است شامل موارد زیر باشد:

. حالت تهوع و استفراغ

. افزایش حساسیت به عفونت‌ها

. ریزش مو

. زخم‌های دهانی

. اسهال

. آسیب به اندام‌های داخلی

۴ .بپذیرید که همه—شما، پزشک شما و خانواده‌تان—می‌خواهند کاری انجام دهند.

یعنی ممکن است اگر درمانی در حال انجام باشد؛ حس آرامش داشته باشیم ، فارغ از اینکه واقعاً مؤثر باشد یا نه.

بیماری که درگیر فرآیندِ درمان است، وظیفه‌ی دشواری دارد: باید بین مزایای

احتمالیِ درمان و کاهش احتمالی کیفیت زندگی، تعادل برقرار کند.

۵ .بپذیرید که علم پزشکی هنوز نمی‌تواند بیشتر سرطان‌های پیشرفته را درمان کند و در اغلب موارد، تنها **تسکین‌دهنده** (پالیاتیو) است.

این موضوع مهم است، زیرا وسوسه‌انگیز است که تمام امید خود را به مداخلات پزشکی بیرونی وابسته کنیم، حتی زمانی که به ما گفته شده است که احتمال موفقیت کم است.

این استراتژی که به نظر بی‌ضرر و آرامش‌بخش می‌آید، توسط بسیاری از بیماران، و شاید حتی اکثریت آن‌ها، اتخاذ می‌شود.

اما اشکال بزرگ آن، که من در صدها مورد مشاهده کرده‌ام، این است که اتکای کامل به کمک‌های بیرونی ممکن است ما را از پذیرش واقعیت باز دارد.

این وابستگی می‌تواند مانع شود که:

. با تهدیدِ مرگ به‌طور واقعی مواجه شویم.

. بپذیریم که زمان ما ممکن است محدود باشد.

. آنچه را که در زندگی برایمان مهم است، تا زمانی که هنوز فرصت داریم، انجام دهیم.

. روابط خود را اصلاح کنیم.

. و از تکنیک‌های خودیاری که در ادامه توضیح خواهم داد، برای کمک به خود استفاده کنیم.

۶ .یک استراتژیِ خودیاری برای تکمیل *درمانِ پزشکیِ* خود طراحی کنید.

این دو نکته‌ی آخر ممکن است درخواست زیادی از بیماران مبتلا به یک بیماری تهدیدکننده‌ی زندگی به نظر برسند.

همه‌ی ما وقتی زندگی‌مان در خطر است، به دنبال چیزی برای چنگ زدن هستیم.

بااین‌حال، پزشکی غربی—یا شاید منصفانه‌تر بگوییم، جامعه‌ی غربی، که انتظار دارد بیماری‌ها صرفاً از طریق مداخلات بیرونی درمان شوند—بیماران را منفعل نگه می‌دارد و مانع از آن می‌شود که از بیماری چیزی بیاموزیم.

این ایده که بیماری چیزی برای آموختن به ما دارد، و ایده‌ی مرتبط با آن، که ما اغلب با تلاش‌های خود می‌توانیم تأثیر بگذاریم، دیدگاهی است که برخی افراد در فرهنگ ما آن را پذیرفته‌اند، اما هنوز برای اکثریت جا نیفتاده است.

البته، این فلسفه می‌تواند مورد سوءاستفاده قرار گیرد، همان‌طور که در فصل‌های بعدی به وضوح توضیح داده خواهد شد.

در اینجا، فقط می‌خواهم بر این واقعیت تأکید کنم که در مرحله‌ی کنونیِ پیشرفتِ

پزشکی، نمی‌توان به‌طور انحصاری بر آن به‌عنوان تنها روش درمانِ سرطان تکیه کرد.

منطقی است که پزشکی را به‌عنوان خط مُقدّم دفاعی استفاده کنیم، اما باید به‌طور فعّال در این مبارزه شرکت کنیم.

جستجو برای درمان‌های جدید

اثبات اثربخشی یک دارو یا روش درمانی جدید، فرآیندی طولانی و پرهزینه است.

این روند برای بیمار، که می‌خواهد بداند چرا نمی‌تواند همین حالا با چیزی که

امیدوارکننده به نظر می‌رسد درمان شود، ناامیدکننده و اغلب غیرقابل‌درک است.

درک برخی اصولِ اساسی درباره‌ی فرآیندهای آزمایشِ داروها، می‌تواند به ما کمک کند بفهمیم چرا این کار زمان‌بر است.

همچنین این دانش، پیش‌زمینه‌ی مفیدی برای بحث فصل بعدی درباره‌ی نحوه‌ی ارزیابی درمان‌های "تأییدنشده" خواهد بود.

مراحل آزمایش یک درمان جدید

اولین وظیفه در بررسی یک داروی جدید یا روش درمانی، تعیین میزان سمّیت آن است—یعنی اینکه چه مقدار از آن می‌تواند؛ بدون آسیب جدی به بدن؛ تجویز شود.

سمّیت معمولاً ابتدا روی حیوانات آزمایش می‌شود و سپس روی داوطلبانِ انسانیِ آگاه.

گام بعدی این است که مشخص شود آیا تومور، زمانی که دارو در دوزی غیرسمّی

تجویز می‌شود، تحت تأثیر قرار می‌گیرد یا خیر.

در نهایت، در صورت امکان، یک "مطالعه‌ی کنترل‌شده‌ی تصادفی" انجام می‌شود که اثر ضدتوموریِ داروی جدید را با بهترین روش درمانی موجود مقایسه کند تا مشخص شود که آیا درمان جدید مؤثرتر است یا نه.

منطق پشت آزمایش‌های کنترل‌شده‌ی تصادفی چیست؟

به‌طور ایده‌آل، ما می‌خواهیم ببینیم که یک بیمار چگونه به داروی جدید و درمان قدیمی (استاندارد) پاسخ می‌دهد.

اما واضح است که نمی‌توان هر دو درمان را به یک فرد داد، زیرا در این صورت مشخص نخواهد شد که کدام دارو باعث ایجاد اثر شده است.

درعوض، یک گروه از، مثلاً، ۲۰۰ بیمار مشابه به‌طور تصادفی—یعنی با فرآیندی

مانند پرتاب سکه—به دو گروه ۱۰۰ نفره تقسیم می‌شوند.

- یک گروه، دارو یا درمان جدید را دریافت می کند.
- گروه دیگر، درمان استاندارد را دریافت می کند.

از آنجا که این گروه‌ها به‌طور تصادفی انتخاب شده‌اند، می‌توان فرض کرد که از نظر آماری مشابه هستند.

بنابراین، می‌توان اثرات دو درمان (جدید و قدیمی) را مقایسه کرد و بررسی نمود که آیا رشد تومور در گروه دریافت‌کننده‌ی

درمانِ جدید کندتر است یا اینکه، به‌طور میانگین، بیماران این گروه طول عمر بیشتری دارند.

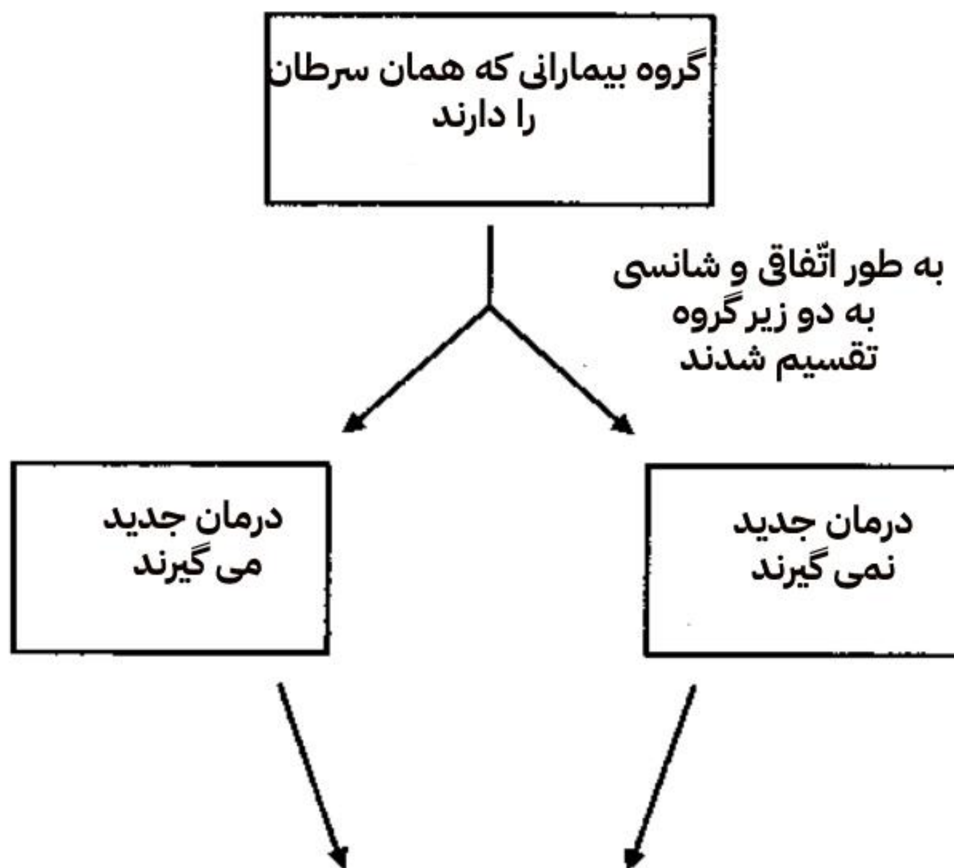
چرا آزمایش‌های کنترل‌شده‌ی تصادفی ضروری هستند؟

اگر داروها یا عوامل درمانی جدید، به‌طور چشمگیری بهتر از بهترین روش‌های موجود بودند، نیازی به این فرآیند پیچیده‌ی آزمایش نبود.

در چنین شرایطی، مزیت داروی جدید به‌سرعت برای پزشکان آشکار می‌شد.

اما تقریباً هرگز چنین اتفاقی نمی‌افتد.

حتی زمانی که یک عامل درمانی جدید به‌نظر می‌رسد که قدرت شفابخشیِ معجزه‌آسایی دارد، یک آزمایش کنترل‌شده‌ی دقیق تقریباً همیشه نشان می‌دهد که مزایای آن یا اندک است، یا اصلاً وجود ندارد.



شکل ۳

مراحل انجام یک آزمایش کنترل‌شده‌ی تصادفی برای بررسی اثرات یک درمان جدید.

نمی‌توان از مشاهدات محدود؛ نتیجه قطعی گرفت

به همین دلیل، استنتاج‌های قابل‌اعتماد از تأثیرات یک درمان جدید بر روی تعدادِ کمی از بیماران دشوار است.

همچنین به همین دلیل، بیشتر پزشکان تمایلی به توصیه‌ی درمان‌های تأییدنشده به بیماران ندارند.

این موضوع همچنین توضیح می‌دهد که چرا، همان‌طور که در فصل بعدی خواهیم دید، مطالعات کنترل‌شده‌ی دقیق روی "درمان‌های پرطرفدار"

ضروری هستند پیش از آنکه این روش‌ها به عموم مردم ارائه شوند.

پیشرفت‌های جدید در درمان سرطان

داروهای جدید و ترکیبات آن‌ها دائماً در حال تولید و آزمایش هستند.

اما شاید هیجان‌انگیزتر از همه این باشد که طیف وسیعی از عوامل و روش‌های جدید، که اغلب تحت عنوان "تعدیل‌کننده‌های پاسخ بیولوژیکی" دسته‌بندی می‌شوند، به‌طور گسترده در حال بررسی هستند.

این درمان‌ها تلاش می‌کنند تا قدرت‌هایِ تنظیم‌کننده‌یِ طبیعیِ بدن در برابر تومورها را؛ تقویت کنند.

برخی از مهم‌ترین روش‌های درمانی در حال بررسی

۱ .اینترفرون(Interferon)

اینترفرون‌ها خانواده‌ای از پروتئین‌ها هستند که در سال ۱۹۵۷ کشف شدند و دارای خواص ضدویروسی بوده و تقسیم سلولی را نیز تنظیم می‌کنند.

ادعاهای زودهنگام رسانه‌ها هنگام اولین استفاده از اینترفرون در درمان سرطان، انتظارات غیرواقعی ایجاد کرد.

پس از آزمایش‌های گسترده، مشخص شد که:

- اینترفرون می‌تواند باعث بهبودهای چشمگیر اما موقتی در برخی از سرطان‌های نادر مرتبط با سلول‌های خون‌ساز شود.
- برخی از سرطان‌های دیگر را تا حدی تحت تأثیر قرار دهد.

. اما بر روی سرطان‌های رایج تأثیر اندک یا ناچیزی دارد.

۲ .آنتی‌بادی‌هایِ مونوکلونال (Monoclonal Antibodies)

یکی از آرزوهای متخصصان سرطان از اوایل قرن بیستم این بوده است که "گلوله‌ی جادویی" کشف شود که بتواند مستقیماً سلول‌های سرطانی را هدف قرار داده و آن‌ها را ؛بدون آنکه به سلول‌های طبیعی آسیبی برساند؛ از بین ببرد،.

این ایده با توسعه‌ی روش‌هایی برای تولید آنتی‌بادی‌های خالص (مونوکلونال) با غلظت‌های بسیار بالا دوباره مورد توجه قرار گرفته است.

برخی از این آنتی‌بادی‌ها می‌توانند سلول‌های توموری را شناسایی کرده و به‌طور خاص به آن‌ها متصل شوند، اما در بیشتر موارد قادر به کشتن آن‌ها نیستند.

برای استفاده‌ی بهتر از این خاصیت، تلاش‌هایی انجام شده است تا به این آنتی‌بادی‌ها مواد سمی مانند داروها یا

ایزوتوپ‌های رادیواکتیو متصل شود تا آنتی‌بادی‌ها بتوانند این مولکول‌های کشنده را مستقیماً به سلول‌های توموری منتقل کنند.

اما به‌جز چند مورد نادر، این روش هنوز منجر به یک درمان مؤثر برای سرطان نشده است.

روش‌های جدید در حال بررسی برای درمان سرطان

۳. واکسن‌های توموری (Tumor Vaccines)

ایده‌ی ایمن‌سازی افراد در برابر تومورهای خود، مدت‌هاست که توجه ایمنی‌شناسان را به خود جلب کرده است.

این روش شامل برداشتن تومور از بیمار، خرد کردن آن، اضافه کردن برخی محصولات باکتریایی، و سپس تزریق این ترکیب به همان بیمار است.

اگرچه این روش در ابتدا نتایج امیدوارکننده‌ای نشان داد، اما نتایج طولانی‌مدت آن ناامیدکننده بوده است.

۴. فاکتورهای رشد(Growth Factors)

این هورمون‌های محلی، که قبلاً به آن‌ها اشاره کردم، به‌عنوان تنظیم‌کنندگانِ مهم رشد و تمایزِ بسیاری از انواع سلول‌ها شناخته می‌شوند.

امید این است که بتوانیم روش‌هایی برای تجویز آن‌ها پیدا کنیم تا سلول‌های توموری را وادار کنیم از حالت اولیه، تکثیری، و خطرناکِ خود، به سلول‌های تمایزیافته‌ی پایدارتر تغییر کنند.

به عبارتی، بتوانیم سلول‌های سرطانی را از یک "نوجوانیِ غیرقابل‌کنترل" به یک "بزرگسالیِ پایدار" هدایت کنیم.

آزمایش‌های این ایده هنوز در مراحل اولیه هستند.

۵ .اینترلوکین-۲ و درمان سلولی تطبیقی (Interleukin-2 & Adoptive Cellular Therapy)

اینترلوکین-۲ یک مولکول است که باعث تقسیم برخی از سلول‌های ایمنی می‌شود.

وقتی سلول‌های سفید خون از خون گرفته شده و در یک لوله‌ی آزمایش با اینترلوکین-۲ ترکیب شوند، "فعال" شده و هنگام بازگرداندن به بدن، با شدت بیشتری به تومور حمله می‌کنند—به‌ویژه

اگر همراه با آن‌ها اینترلوکین بیشتری نیز تزریق شود.

نتایج امیدوارکننده‌ای از این روش در درمان ملانوم (سرطان بدخیم پوست)، سرطان کولورکتال و لنفوم هوچکین مشاهده شده است.

یک پیشرفت جدید در این حوزه، استفاده از لنفوسیت‌هایی است که مستقیماً به‌جای سلول‌های خون؛ وارد تومور بیمار شده‌اند،

ایده این است که این لنفوسیت‌ها میل خاصی به تومور دارند، اما برای حمله‌ی

مؤثر به سلول‌های توموری، نیاز به فعال‌سازی توسط اینترلوکین دارند.

این روش؛ کاملاً جدید است و چندین سال طول خواهد کشید تا ارزش درمانی آن آزمایش شود.

۶ .مهندسی ژنتیک (Genetic Engineering)

در فصل قبل، درباره‌ی تغییرات ژنتیکی در DNA که باعث سرطانی شدن سلول‌ها می‌شوند، صحبت کردم.

این یک فرآیند چندمرحله‌ای است:

. برخی از ژن‌ها (پروتوانکوژن‌ها) باید فعال شوند.

. برخی دیگر (ژن‌های سرکوب‌کننده‌ی تومور) باید "خاموش" شوند.

در بلندمدت، ممکن است یاد بگیریم که چگونه این فرآیندهای ژنتیکی را دستکاری کنیم تا از تغییرات مضرّ جلوگیری کرده و ژن‌هایی که از سلول‌ها در برابر تبدیل به سلول‌های بدخیم محافظت می‌کنند، تقویت شوند.

آیا هیچ‌یک از این روش‌های درمانی جدید به یک "درمان قطعی" برای سرطان منجر خواهند شد؟

متخصصان زیست‌شناسیِ سلولی و مولکولیِ سرطان ادعا نمی‌کنند که درمان قطعی سرطان به این زودی در دسترس خواهد بود.

اما بدون شک، داروهای مؤثرتری به‌تدریج کشف خواهند شد، و روش‌های تقویت مکانیسم‌های دفاعی بدن پیچیده‌تر و پیشرفته‌تر خواهند شد.

این رویکرد آخر، که گاهی به‌عنوان "چهارمین شیوه‌ی درمان سرطان" شناخته می‌شود (پس از جراحی، پرتودرمانی و شیمی‌درمانی)، جذاب‌ترین گزینه است، زیرا هدف آن کنترل سلول‌های سرطانی بدون آسیب رساندن به سلول‌های طبیعی است.

این روش برای ما نیز جالب توجه است، زیرا هر تأثیری که ذهن ممکن است بر سرطان داشته باشد، احتمالاً از طریق همین مکانیسم‌های دفاعی داخلی عمل

می‌کند—موضوعی که در فصل ۵ توضیح داده خواهد شد.

 بااین‌حال، باوجود شعارهای امیدوارکننده‌ای مانند "سرطان را می‌توان شکست داد" که توسط سازمان‌های جمع‌آوری کمک‌های مالی استفاده می‌شود، باید بپذیریم که سرطان را نمی‌توان با عفونت‌ها مقایسه کرد، که تنها با تجویز یک آنتی‌بیوتیک مناسب قابل درمان هستند.

سرطان نشانه‌ی **شکستِ تنظیمِ طبیعی** بدن است—یک فروپاشی داخلی، نه یک حمله‌ی خارجی.

به نظر من، تا زمانی که بدن‌های انسانی وجود داشته باشند، سرطان نیز وجود خواهد داشت، و در بسیاری از موارد، این بیماری ؛ همچنان **سخت و چالش‌برانگیز** ؛برای درمان باقی خواهد ماند.

۴

ارزیابی درمان‌های غیرمتعارف

درمان‌های غیرمتعارف: جایگزین یا مکمل؟

این روش‌ها ممکن است به‌عنوان "جایگزین" معرفی شوند، به این معنا که می‌توانند به‌جای درمان‌ها یا روش‌های پزشکی مورد استفاده قرار گیرند.

یا ممکن است به‌عنوان درمان‌های "مکمّل" یا "کمکی" در کنار روش‌های پزشکیِ مرسوم به کار گرفته شوند.

اما چگونه می‌توانیم بفهمیم که کدام یک از این روش‌ها ارزشمند هستند؟

ارزیابی روش‌های درمانی غیرمتعارف

در این فصل، برخی دستورالعمل‌های کلی برای ارزیابی این درمان‌های غیرمتعارف ارائه خواهم کرد.

تمرکز من دوباره بر روش‌ها و عوامل درمانی‌ای خواهد بود که از بیرون بر بدن اعمال می‌شوند.

(بسیج منابع درونی یا "شفابخشی از درون"، که آن نیز برای بسیاری از مردم

غیرمتعارف به نظر می‌رسد، در فصل‌های بعدی مورد بحث قرار خواهد گرفت.)

پیش از ادامه، باید به برخی محدودیت‌های تجربه‌ی شخصی خودم اذعان کنم:

. تحصیلات و تحقیقات اولیه‌ی من در حوزه‌ی علوم زیست‌پزشکی غربی بوده است.

. همچنین آموزش و تجربه‌ی من در زمینه‌ی روان‌شناسی و تکنیک‌های درون‌نگری بوده است.

. اما من هیچ تجربه‌ی حرفه‌ای یا شخصیِ قابل‌توجهی با داروهای سنّتی سایر فرهنگ‌ها یا اکثر روش‌های درمانی خارجیِ تأییدنشده‌ای که در اینجا مورد بحث قرار خواهم داد، ندارم.

. بااین‌حال، بسیاری از افرادی را می‌شناسم که برخی از این روش‌ها را امتحان کرده‌اند.

بنابراین، من این درمان‌ها را تنها از دیدگاه یک دانشمند غربی بررسی خواهم کرد.

نمونه‌هایی از درمان‌های غیرمتعارف

درمان‌های غیرمتعارف خاص، معمولاً برای چند سال محبوب می‌شوند و سپس جای خود را به روش‌های دیگر می‌دهند— پدیده‌ای که در پزشکی رایج نیز دیده می‌شود.

دکتر بری کسلیث(Barrie Cassileth) ، یکی از محققان برجسته در این حوزه، فهرست و نقد مفیدی از درمان‌های "جایگزینِ" محبوب در ایالات متحده از سال ۱۸۰۰ تاکنون منتشر کرده است.

تحولات تاریخی درمان‌های غیرمتعارف سرطان

اوایل قرن نوزدهم:

استفراغ‌آورها و حمام‌های داغ برای درمان سرطان ترجیح داده می‌شدند.

اواخر قرن نوزدهم:

هومیوپاتی به‌عنوان یک فلسفه‌ی پزشکی غالب بود و در درمان سرطان نیز به کار گرفته می‌شد. در آن زمان، این روش "غیرمتعارف" محسوب نمی‌شد، اما امروزه این‌گونه دیده می‌شود.

اوایل قرن بیستم:

نچروپاتی، استئوپاتی و کایروپراکتیک به‌عنوان درمان‌های سرطان رواج داشتند. این روش‌ها امروزه نیز حداقل به‌عنوان درمان‌های کمکی برای بیماران سرطانی و بسیاری از بیماری‌های دیگر مورد استفاده قرار می گیرند.

- نچروپاتی :(Naturopathy) تأکید بر هماهنگی با قوانین طبیعی و اجتناب از داروها.
- استئوپاتی (Osteopathy) و کایروپراکتیک :(Chiropractic)

استفاده از دستکاری ستون فقرات برای اصلاح عدم‌تعادل بدن.

دهه‌ی ۱۹۲۰:

درمان‌های مبتنی بر "انرژی"، مانند امواج رادیویی و نور، محبوب شدند.

دهه‌ی ۱۹۴۰:

گلیوکسیلاید (Glyoxylide) دکتر کوخ—که اساساً آب مقطر بود—مورد استفاده قرار گرفت.

دهه‌ی ۱۹۵۰:

درمان"Hoxsey" ، ترکیبی از محصولات گیاهی، رواج یافت.

دهه‌ی ۱۹۶۰:

"Krebiozen" ، که مادّه‌ای مبتنی بر روغن معدنی بود، جایگزین روش‌های قبلی شد.

دهه‌ی ۱۹۷۰:

"Laetrile" ، که از هسته‌ی زردآلو استخراج می‌شد، به‌عنوان درمان سرطان تبلیغ شد.

رایج‌ترین درمان‌های غیرمتعارف در ایالات متحده

در یک مطالعه‌ی دیگر، دکتر کسلیث فهرستی از رایج‌ترین درمان‌های غیرمتعارف مورد استفاده در ایالات متحده را (به‌ترتیب محبوبیت) ارائه کرده است.

۱" .درمان متابولیک (Metabolic " Therapy)

این گروه از درمان‌ها شامل چندین عنصر مختلف است:

. "سم‌زدایی" (اغلب از طریق پاک‌سازی روده‌ی بزرگ)

. رژیم‌های غذایی ویژه

. مصرف ویتامین‌ها و مواد معدنی

یک نمونه‌ی معروف از این رویکرد، رژیم گرشون (Gerson regimen) است.

۲ .رژیم‌درمانی(Diet Therapy)

در این روش، تنها از رژیم غذایی به‌عنوان درمان استفاده می‌شود. نمونه‌ی برجسته‌ی این رویکرد، رژیم ماکروبیوتیک (Macrobiotic Diet) است.

۳ .درمان با دوزهای بسیار بالای ویتامین (Megavitamin Therapy)

در این روش، مقادیر بسیار زیادی از یک یا چند ویتامین به بیمار تجویز می‌شود.

۴ .تصویرسازی ذهنی برای اثرات ضدتومور (Mental Imaging for Anti-Tumour Effects)

این روش بر استفاده از تخیل و تصویرسازی ذهنی برای مبارزه با سرطان تمرکز دارد.

۵ .شفابخشی معنوی یا از طریق ایمان (Spiritual or Faith Healing)

این روش اغلب شامل دعا کردن و قرار دادن دست‌ها روی بیمار با هدف جلب مداخله‌ی الهی برای درمان است.

۶" .ایمونوتراپی(Immune Therapy) "

در این روش، سرم‌های خاص، واکسن‌های تهیه‌شده از تومورهایِ خودِ بیمار، بافت‌های جنینی و سایر مواد؛ تزریق می‌شوند تا سیستم ایمنی تحریک شود.

سایر درمان‌های غیرمتعارفِ رایج

ده‌ها روش دیگر نیز وجود دارند، از جمله:

Essiac
تراپی با علف گندم و برنامه‌ی تغذیه‌ی کلی
آنتی‌نئوپلاستون‌ها (Antineoplastons)
واکسن لیوینگستون-ویلر (Livingstone-Wheeler Vaccine)
درمان یومتابولیک (Eumetabolic Treatment)
دی‌متیل‌سولفوکسید
هیدرازین سولفات

علاوه بر این، هر کشور درمان‌های غیرمتعارف خاص خود را دارد:

. در آرژانتین، "پائو دارکو (Pau d’Arco) " از پوست درختان استخراج می‌شود و به‌عنوان درمان پیشنهاد می‌شود.

. در فنلاند، رایج‌ترین درمان تأییدنشده، عصاره‌ی خاکستر درخت توس (Birch Ash Extract) است.

آیا این روش‌ها دارای پایه‌ی فلسفی یا پزشکی منسجمی هستند؟

عوامل درمانی ذکرشده در بالا، به هیچ فلسفه‌ی پزشکی یکپارچه تعلق ندارند.

بااین‌حال، سیستم‌های درمانی بسیاری وجود دارند که صدها یا حتی هزاران سال قدمت دارند و در غرب نیز به‌عنوان "غیرمتعارف" طبقه‌بندی می‌شوند.

نمونه‌هایی از این سیستم‌ها عبارت‌اند از:

. آیورودا (Ayurvedic Medicine) پزشکی سنّتی هند

. پزشکی سنّتی چینی (Traditional Chinese Medicine)

این سیستم‌ها بر اساس جهان‌بینی‌ها و روش‌های اعتبارسنجی‌ای بنا شده‌اند که با سیستم‌های پزشکی غربی متفاوت هستند.

احتمالاً بخش بزرگی، و شاید اکثریت بیماران سرطانی جهان، تحت چنین درمان‌های "جایگزین" قرار گرفته‌اند.

من معتقدم که این دانش‌های دیرینه نباید به‌سادگی نادیده گرفته شوند، اما نمی‌توانم درباره‌ی اثربخشی آن‌ها اظهارنظر کنم.

خوانندگانی که علاقه‌مند به بررسی بیشتر این سیستم‌ها هستند، می‌توانند به منابعی مانند آثار کَپچاک (Kaptchuk) و کروچر (Croucher) مراجعه کنند.

تا آنجا که می‌دانم، هیچ مطالعه‌ی غربی منتشرشده‌ای درباره‌ی تأثیر روش‌های درمانی سنّتی تثبیت‌شده‌ی سایر فرهنگ‌ها بر بیماران سرطانی وجود ندارد، اگرچه داروهای گیاهی چینی در حال حاضر تحت بررسی هستند.

نظرات من در این فصل عمدتاً بر روش‌های درمانی غیرمتعارفِ موقتی؛

متمرکز است که در جامعه‌ی ما مورد استفاده قرار گرفته‌اند.

چگونه باید این تنوع گسترده‌ی روش‌های درمانی پیشنهادی را درک کنیم؟

به‌زودی درباره‌ی روش‌های ارزیابی درمان‌های ادعایی صحبت خواهم کرد، اما در اینجا می‌توان چند مشاهده‌ی منطقی درباره‌ی پدیده‌ی درمان‌های جایگزین مطرح کرد.

۱ .بسیاری از ادعاها با یکدیگر متناقض اند، پس نمی‌توانند همگی درست باشند.

. برای مثال، برخی رژیم‌های غذایی بر مصرف غلات پخته تأکید دارند، درحالی‌که برخی دیگر معتقدند که تمام غذاها باید به‌صورت خام مصرف شوند.

. این دو دیدگاه در تضاد کامل با یکدیگر هستند.

۲ .تنوع و گستردگی فوق‌العاده‌ی این "درمان‌های جایگزین" ممکن است ما را به این فکر بیندازد که آیا واقعاً هیچ‌یک از آن‌ها مؤثر هستند یا نه.

. اگر یکی از این روش‌ها واقعاً مؤثر بود، احتمالاً سایر روش‌ها به‌تدریج از محبوبیت می‌افتادند.

۳ .معمولاً احساس زیادی در تبلیغ یک درمان جایگزین پرطرفدار دخیل است.

. باید از خود بپرسیم که چرا چنین احساسی ضروری است—چرا خودِ اثرات درمانی این روش‌ها نمی‌توانند برای اثبات اثربخشی آن‌ها کافی باشند؟

۴ اغلب، تبلیغ یک روش درمانی غیرمتعارف با حمله به پزشکی مدرن و

اتهام "توطئه" برای سرکوب درمان‌های جایگزین همراه است.

. این ادعا مضحک به نظر می‌رسد: همه‌ی ما ممکن است به سرطان مبتلا شویم، و اگر درمانی ساده برای آن وجود داشت، همگان از آن استقبال می‌کردند.

. می‌توان حدس زد که چنین اتهاماتی و هیجانات بیش‌ازحد، نوعی عدم اطمینان اساسی در موضع طرفداران این درمان‌ها را پنهان می‌کند.

چه کسانی از درمان‌های غیرمتعارف استفاده می‌کنند و چرا؟

تقریباً یک‌سوم بیمارانِ سرطانی از درمان‌های مکمل یا جایگزین استفاده می‌کنند.

به‌نظر می‌رسد که تعداد این افراد در ۱۰ سال گذشته افزایش یافته است.

دیدگاه پزشکی درباره‌ی این روش‌ها نیز به‌آرامی در حال تغییر است—به سمت این باور که حداقل برخی از این عوامل و روش‌ها ارزش بررسی دارند.

نگرانی‌های اولیه در مورد استفاده از درمان‌های جایگزین

در گذشته، این نگرانی وجود داشت که افرادی که به سراغ درمان‌های جایگزین می‌روند، افراد ناآگاه یا ناامیدی هستند که درمان‌های پزشکی را رها کرده و به روش‌های اثبات‌نشده متوسل می‌شوند.

اما اکنون، به لطف تحقیقات اخیر، مشخص شده است که:

افرادی که به‌دنبال چنین روش‌هایی هستند، معمولاً افرادی آگاه، پرتلاش و تحصیل‌کرده هستند.

کمک‌های غیرمتعارف را نه به‌عنوان جایگزین پزشکی، بلکه به‌عنوان مکمل آن به کار می‌گیرند.

چرا بیماران از درمان‌های جایگزین استفاده می‌کنند؟

مراجعه‌ی منظم به یک کلینیک پزشکی برای دریافت درمان، کار ساده‌ای است.

اما یافتن روش‌های کمکی نیاز به:

. درجه‌ای از خودابرازی و ابتکار عمل دارد.

. تمایل به مشارکت فعال در روند بهبودی دارد.

. باور به این‌که اقدامات شخصی می‌توانند تغییر ایجاد کنند.

برخی از این روش‌های جایگزین؛ هزینه‌ی زیادی دارند و معمولاً تحت پوشش بیمه‌های درمانی نیستند.

گاهی بیمار باید برای دریافت یک رژیم درمانی خاص، سفر کند.

بنابراین، افرادی که به سراغ این روش‌ها می‌روند، باید انعطاف‌پذیر، فعال و مصمّم باشند تا فراتر از روش‌های درمانی مورد تأیید فرهنگیِ جامعه حرکت کنند.

چرا افراد آگاه امید خود را بر درمان‌های ظاهراً غیرمنطقی و تأییدنشده متمرکز می‌کنند؟

قوی‌ترین انگیزه احتمالاً ترس از مرگ است؛ زمانی که زندگی فرد در خطر باشد، تفکر منطقی متزلزل می شود.

بسیاری از بیماران نیاز دارند که فردی به تمام ابعادِ تجربه‌ی آن‌ها از ابتلا به سرطان؛ توجه کند.

کلینیک‌های پزشکی شلوغ معمولاً فقط بر علائم جسمی تمرکز دارند، درحالی‌که طرفداران درمان‌های جایگزین ممکن

است به جنبه‌های مختلف سبک زندگی بیماران، ازجمله ابعاد روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی توجه کنند.

عامل دیگری که در این موضوع نقش دارد، خشم شدیدی است که بسیاری از بیماران نسبت به تهدیدی که سرطان برای زندگی و برنامه‌هایشان ایجاد کرده، احساس می‌کنند.

این خشم اغلب به سمت پزشکان هدایت می‌شود، و روی آوردن به درمانگرانِ جایگزین می‌تواند شکلی از اعتراض باشد.

درمان‌هایِ که توسط درمانگرانِ غیرمتعارف ارائه می‌شوند، اغلب جذاب‌تر به نظر می‌رسند، زیرا معمولاً کمتر سمّی و کمتر دردناک نسبت به روش‌هایِ متداولِ ضدسرطان هستند.

هر چیزی که به غذا مرتبط باشد، تمایل دارد که ارتباطات ما را با تجربه‌های اولیه‌ی کودکی درباره‌ی غذا خوردن و احساس راحتی؛ فعال کند.

علاوه بر این، همه‌ی ما تمایل داریم آنچه را که دوست داریم، باور کنیم—و این گرایش در زمان بحران شدیدتر می‌شود.

اظهارنظرهای قاطع و امیدوارکننده‌ی درمانگران جایگزین، ممکن است در کوتاه‌مدت برای بیمارانِ مبتلا به بیماری‌های جدی، آرامش‌بخش‌تر از بدبینی منطقی اما ناامیدکننده‌ی پزشکان باشد.

در نهایت، بخش زیادی از باورهای کنونی ضدفرهنگِ پزشکی درباره‌ی درمان سرطان، حداقل به‌طور سطحی، بر فلسفه‌ی بازگشت به طبیعت، توجه به کل فرد، جستجوی تعادل و هماهنگی در زندگی و ردّ پزشکی مدرن به‌عنوان صنعتی

بی‌روح، تجاری، فنّاوری‌محور و غیرانسانی استوار است.

من معتقدم که این دیدگاه تا حدی قابل‌توجیه است، هرچند اغلب به‌طور غیرمنطقی و بسیار احساسی اتخاذ می‌شود.

چگونه می‌توان درمان‌ها را ارزیابی کرد؟

برای ارزیابی اثربخشی هر درمانی، چه متعارف و چه غیرمتعارف، سه عامل اصلی را باید در نظر گرفت:

۱. شواهد(Evidence)

۲. منطق علمی(Rationale)

۳. اِجماع علمی(Consensus)

بیایید هر یک از این موارد را بررسی کنیم.

۱ .قوی‌ترین شواهد برای اثربخشی یک درمان چیست؟

قوی‌ترین شواهد؛ از یک آزمایش کنترل‌شده‌ی تصادفی (Randomized Controlled Trial)به‌دست می‌آید، همان‌طور که در فصل قبل توضیح داده شد.

البته، انواع دیگری از آزمایش‌ها با دقت کمتر نیز وجود دارند، اما معتبرترین آزمایش‌ها بر مقایسه‌ی گروه‌های مشابهی از بیماران تکیه دارند که فقط یکی از آن‌ها درمان جدید را دریافت می‌کنند.

دومین نوعِ قوی شواهد، شواهد "همبستگی (Correlative) "هستند.

یعنی ارتباطی پایدار بین تجویز یک درمان و اثرات مفید آن، توسط متخصصانِ واجد شرایط مشاهده شده باشد.

نکته‌ی حیاتی این است که افراد ارزیابِ یک روش درمانی جدید؛ باید آموزش

مناسب دیده باشند و حداقل تا حدی بی‌طرف باشند.

تنها تکیه بر شواهد داستانی و نقل‌قول‌های فردی (Anecdotal Evidence) نمی‌تواند نتیجه قطعی ارائه دهد.

. برای مثال، فرض کنید ۱۰۰ بیمارِ در حال مرگ؛ یک درمان جدید را امتحان می‌کنند و فقط یکی از آن‌ها زنده می‌ماند.

. یک داستان درباره‌ی همان بیمار زنده‌مانده ممکن است بسیار تأثیرگذار به نظر برسد.

. اما اگر بدانیم که ۹۹ بیمار دیگر فوت کرده‌اند، این داستان دیگر چندان قانع‌کننده نخواهد بود.

در گزارش‌های "عامه‌پسند"، معمولاً درباره‌ی این ۹۹ نفر چیزی نمی‌شنویم.

هنگامی که بقای بیماران یک رویداد نادر است، باید احتمال سایر عوامل، مانند اشتباه در تشخیص اولیه را نیز در نظر گرفت.

متأسفانه، بیشتر جامعه‌ی **سلامتِ جایگزین** و بسیاری از روزنامه‌نگاران، عمدتاً به شواهد داستانی متکی هستند.

۲. داده‌های آزمایش‌هایِ یک روشِ درمانیِ جدید باید عمومی و در دسترس باشند.

به‌طور معمول، داده‌های آزمایش‌ها و شرح کامل روش‌های آزمایشی در قالب یک مقاله‌ی علمی منتشر می‌شوند.

این امر به دیگران اجازه می‌دهد تا اعتبارِ آزمایش را ارزیابی کنند و در صورت امکان، آن را تکرار کنند.

اظهارات مبهم و شهادت‌های شخصی که در مجلات عامه‌پسند منتشر می‌شوند، فاقد اعتبارِ علمی هستند.

آزمایش‌های عینی باید انجام شوند تا تعصبات انسانی و تفکر آرزومندانه حذف شوند.

تاریخچه‌ی درمان‌های جایگزین سرطان، و حتی تاریخچه‌ی پزشکی در کل، پر از نمونه‌هایي از افرادی است که به‌شدت از "یک روش درمانی جدید" حمایت کرده‌اند، اما:

اجازه‌ی آزمایش آن را به دیگران نداده‌اند.

از افشای ترکیبات آن خودداری کرده‌اند.

و در نهایت، زمانی که ناظران بی‌طرف آن را بررسی کرده‌اند، مشخص شده که یا فریب‌کار بوده‌اند یا دچار اشتباه شده‌اند.

۲ .دومین معیار ارزیابی: آیا یک درمان از نظر علمی منطقی است؟

آیا اثر ادعایِ یک درمان با توجه به یک چارچوب علمیِ سازمان‌یافته منطقی به نظر می‌رسد؟

بسیاری از دانشمندان غربی معتقدند که این چارچوب باید نظریه‌ی زیست‌پزشکیِ مدرن باشد.

من شخصاً چنین رویکرد سخت‌گیرانه‌ای ندارم، زیرا باور دارم که ما هنوز به درک نهاییِ از زیست‌شناسی نرسیده‌ایم و امکان دارد که اثرات جدیدی کشف شوند.

بااین‌حال، دانستن اینکه یک درمان چگونه ممکن است کار کند، کمک بزرگی است.

اگر توضیحی برای عملکرد یک روش وجود نداشته باشد، شواهد باید بسیار قوی باشند.

اما اگر هم شواهد و هم منطق علمی وجود نداشته باشند—که اغلب همین‌طور است—دلیلی برای جدی گرفتن چنین ادعایی وجود ندارد.

۳ .سومین معیار: آیا در میان متخصصان، **اجماع علمی** درباره‌ی یک درمان وجود دارد؟

یکی دیگر از راه‌های ارزیابی یک درمان، بررسی این است که آیا افرادِ آگاه و متخصص درباره‌ی آن توافق دارند یا خیر.

البته، این فقط یک نشانه است، زیرا حتی متخصصان هم ممکن است اشتباه کنند.

وقتی یک بیمار نظر پزشکی دوم را جویا می‌شود، در واقع در حال سنجیدن اجماع پزشکی است.

گاهی پیش می‌آید که دو پزشک نظرات متفاوتی ارائه می‌دهند، که نشان می‌دهد درباره‌ی وضعیت خاص بیمار؛ قطعیتی وجود ندارد.

اگر درباره‌ی یک درمان جدید اجماعی وجود نداشته باشد، بلکه طیف وسیعی از ادعاهای متناقض درباره‌ی آن مطرح شود—همان‌طور که در مورد درمان‌های تغذیه‌ای سرطان مشاهده می‌شود—

می‌توان به‌درستی نسبت به ادعاهای افراد طرفدارِ آن روش شک داشت.

معیارهای دیگر برای ارزیابی یک روش درمانی

آیا درباره‌ی روش درمانی، نوعی رازنگاری یا پنهان‌کاری وجود دارد؟

آیا جوّی احساسی و هیجانی پیرامون این روش ایجاد شده است؟

آیا این درمان منجر به کسب درآمدهای کلان شده است؟

آیا تهاجم غیرضروری به جامعه‌ی پزشکی همراه این روش است؟

اگر شما فقط این سه معیار اصلی—شواهد، منطق علمی و اجماع متخصصان—را بررسی کنید، به‌سرعت خواهید دید که آیا یک روش درمانی ناشناخته باید جدی گرفته شود یا خیر.

مقایسه‌ی تکنیک‌های روان‌شناختی با درمان‌های خارجیِ غیرمتعارف.

در بسیاری از متون مربوط به "درمان‌های جایگزین"، تکنیک‌های روان‌شناختی مانند تصویرسازیِ ذهنی در کنار درمان‌های تأییدنشده‌ی خارجی مانند مصرف مگادوزهای ویتامین، تقویت سیستم ایمنی یا درمان‌های تغذیه‌ای قرار داده می‌شوند.

شاید این کار زمانی توجیه داشته باشد که تصویرسازی ذهنی یا تفکر مثبت به‌طور سطحی و مکانیکی انجام شوند.

اما این روش‌ها زمانی که به‌عنوان بخشی از یک برنامه‌ی جامع خودیاری استفاده شوند، کاملاً متفاوت هستند.

باید بین "خودیاری روان‌شناختی مسئولانه" و "درمان‌های غیرمنطقی" که پیش‌تر مورد بحث قرار گرفتند، تفاوت قائل شد.

شواهد و منطق علمی درباره‌ی تأثیر مداخلات روان‌شناختی بر طول عمر

در فصل‌های بعدی، شواهدی درباره‌ی تأثیرات درمان‌های روان‌شناختی بر طول عمر بیماران سرطانی را بررسی خواهیم کرد.

همچنین، منطقی برای این تأثیرات، دست‌کم در سطح مقدماتی، قابل تصور است.

به همین دلیل، مداخلات روان‌شناختی را نباید با درمان‌های خارجی که فاقد شواهد یا منطق علمی هستند، در یک دسته قرار داد.

جایگاه فعلی حمایت‌های روان‌شناختی در درمان سرطان

امروزه، کمک‌های روان‌شناختیِ نظام‌مند برای بیماران سرطانی، اگر با هدف کاهش استرس و ناراحتی باشد، کاملاً پذیرفته شده و متعارف تلقی می‌شود.

اما اگر با هدف افزایش طول عمر استفاده شود، هنوز غیرمتعارف محسوب می‌شود.

باید آگاه باشید که بسیاری از متخصصان سلامت روان هنوز ادعای اینکه مداخلات روان‌شناختی می‌توانند طول عمر برخی بیماران سرطانی را افزایش دهد، جدّی نمی‌گیرند.

تأثیرات درمان‌های غیرمتعارف چیست؟

بیشتر درمان‌های غیرمتعارف شامل مواردی هستند که به هیچ فلسفه‌ی درمانی منسجم یا مکانیزم علمی معتبری تعلق ندارند.

هر یک از این درمان‌ها، نه به‌طور جهانی، بلکه توسط گروه‌های خاصی تبلیغ و حمایت می‌شوند.

نمونه‌هایي از این روش‌ها عبارت‌اند از:

. Laetrile

. Krebiozen

- درمان "Hoxsey"
- مصرف مگادوزهای ویتامین
- رژیم‌های غذایی افراطی، مانند مصرف فقط انگور برای مدتی
- افزودنی‌های غذایی به‌عنوان درمان سرطان

آیا این روش‌ها واقعاً مؤثر هستند؟

اگر سه معیار اصلی ارزیابی درمان‌ها را در نظر بگیریم—شواهد علمی، منطق علمی و اجماع متخصصان—دلیلی برای باور به اثربخشی هیچ‌یک از این روش‌ها وجود ندارد.

برای مثال، دو مورد از این روش‌ها در آزمایش‌های کنترل‌شده مورد بررسی قرار گرفته‌اند:

. Laetrile

. ویتامین C در دوزهای بالا

نتایج این آزمایش‌ها نشان داده‌اند که هیچ‌یک از این دو روش؛ تأثیری (تا زمان نوشتن این کتاب)، در افزایش طول عمر بیماران نداشته‌اند.

علاوه بر این، هیچ منطق علمی معتبری برای عملکرد آن‌ها ارائه نشده است.

به‌عنوان مثال، درباره‌ی Laetrile ادعا شده که این مادّه زمانی که وارد سلول سرطانی می‌شود، توسط آنزیمی که فقط در سلول‌های سرطانی وجود دارد، تجزیه شده و سیانید آزاد می‌کند، که باعث مرگ سلول سرطانی می‌شود.

اما این ادعا هیچ شواهد علمی معتبری ندارد.

باوجود تبلیغات گسترده‌ی Laetrile در سال‌های گذشته و ادامه‌ی استفاده‌ی آن، این روش تا حد زیادی در آمریکای شمالی

جای خود را به روش‌های "محبوب" دیگری داده است.

اگر این روش واقعاً به اندازه‌ی ادعاهای مطرح‌شده مؤثر بود، چرا به‌سادگی کنار گذاشته شده است؟

مطالعه‌ی بیشتر درباره‌ی این موضوع

برای اطّلاعات علمی دقیق‌تر، می‌توانید به منابع پزشکی ذکرشده در "یادداشت‌ها" در انتهای کتاب مراجعه کنید.

همچنین، برای یک دیدگاه خوش‌بینانه‌تر از نگاه یک دانشمند علوم اجتماعی، می‌توانید کتاب *Choices in Healing*

نوشته‌ی مایکل لرنر (Michael Lerner) را مطالعه کنید.

دسته‌ی دوم درمان‌های غیرمتعارف: روش‌های پزشکی جایگزین

دسته‌ی دوم روش‌های درمانیِ غیرمتعارف شامل درمان سرطان بر اساس سیستم‌های پزشکی "نامتعارف" مانند پزشکی سنّتی چینی یا هومیوپاتی است.

پاسخ رایج جامعه‌یِ علمی به این روش‌ها، رد کامل آن‌ها است.

اما من ترجیح می‌دهم قضاوت را به تعویق بیندازم.

این روش‌ها، برخلاف بسیاری از درمان‌های جایگزینِ زودگذر، اغلب دارای یک نظریه‌ی منسجم (منطق علمی) برای حمایت از آن‌ها هستند—حتی اگر این نظریه برای ذهن غربی ناآشنا باشد.

علاوه بر این، بسیاری از آن‌ها برای مدت زمان طولانی مورد استفاده قرار گرفته‌اند، که نشان‌دهنده‌ی وجود نوعی اجماع در استفاده از آن‌ها است.

برای مثال، رژیم غذایی ماکروبیوتیک (Macrobiotic Diet)به‌عنوان بخشی

از یک تلاش کلی برای ایجاد تعادل و هماهنگی فرد با طبیعت توصیه می‌شود.

بااین‌حال، اگر این سیستم‌ها به‌عنوان درمان سرطان در فرهنگ ما مطرح می‌شوند، منطقی است که آن‌ها را تحت همان انواع آزمایش‌های علمی قرار دهیم که برای درمان‌های پزشکی متعارف انجام می‌شود.

آیا درمان‌های تأییدنشده ممکن است مضر باشند؟

بله، این روش‌ها می‌توانند اثرات بالقوه‌ی مضری داشته باشند، ازجمله:

۱ .سمیت مستقیم برای بیمار

. ویتامین‌هاA و Dو E در دوزهای بالا سمی هستند.

. شست‌وشوی مکرر روده‌ی بزرگ ممکن است خطرات خاصی به همراه داشته باشد.

. سوزن‌های غیراستریل که در کلینیک‌های غیرمجاز "ایمونوتراپی" استفاده می‌شوند، ممکن است عفونت‌ها را منتقل کنند.

. رژیم‌های غذایی غیرمتعارف ممکن است باعث کمبودهای تغذیه‌ای

شوند، که برای بیماران سرطانی، که اغلب به پروتئین بیشتری نیاز دارند، به‌ویژه خطرناک است.

۲ .اثرات روان‌شناختی و اجتماعی

. بیماران ممکن است هزینه‌های گزافی را صرف خرید داروها یا خدماتی کنند که تحت پوشش بیمه‌ی درمانی نیستند.

. ممکن است مجبور شوند برای دریافت این درمان‌ها به کلینیک‌های دوردست سفر کنند.

. محدودیت‌های رژیمی سختگیرانه ممکن است باعث اختلال در زندگی روزمره‌ی آن‌ها شود.

۳ .ناامیدی ناشی از شکست درمان‌های غیرمؤثر

منتقدان پزشکیِ سنّتی درباره‌ی این موضوع بسیار اظهار نظر کرده‌اند، و ادعا می‌کنند که روش‌های جایگزین با ایجاد "امید واهی"، بیماران را فریب می‌دهند.

در فصل ۷، این موضوع بحث‌برانگیز را با جزئیات بیشتری بررسی خواهیم کرد.

آیا درمان‌های مکمل، حتی اگر بی‌اثر باشند، کاملاً بی‌فایده‌اند؟

تأثیر این درمان‌های مکمل، حتی در مواردی که اثربخشی ندارند، لزوماً کاملاً منفی نیست.

اصطلاح "امید واهی (False Hope) " جالب است—زیرا امید به‌طور کلی نیروبخش و مثبت است.

" واهی" توصیفی است که از دید یک فرد خارجی به امیدِ فردِ بیمار اضافه می‌شود، با این قضاوت که این امید؛ بی‌اساس است.

اما حتی اگر این ادعا درست باشد، مزایای فوری داشتن چیزی که بتوان به آن امید بست، ممکن است از رنج ناامیدیِ نهایی بیشتر باشد.

من مشاهده کرده‌ام که بسیاری از بیماران قادرند:

۱. به یک روش درمانی امید داشته باشند، و در نتیجه، اضطراب خود را کاهش دهند.

۲. درعین‌حال، تعجبی نکنند اگر آن روش درمانی تأثیر کمی داشته باشد یا اصلاً مؤثر نباشد.

فقط داشتن کاری که بتوان انجام داد، و داشتن نوعی احساس کنترل بر شرایط، می‌تواند بسیار آرامش‌بخش باشد.

همچنین، ما نمی‌توانیم احتمال تأثیر واقعی فیزیکی ناشی از باور و حالت روحی مثبت را نادیده بگیریم.

اثر دارونما (Placebo Effect) به‌خوبی تأیید شده است:

. تغییرات جسمانی واقعی، ازجمله بهبود بیماری‌هایی مانند آرتریت و زخم‌های گوارشی، و همچنین کاهش علائمی مانند درد و حالت تهوع، در بیمارانی که

دارونماهایی مانند قرص‌های شکر یا تزریقات آب مقطر دریافت کرده‌اند، مشاهده شده است—درحالی‌که آن‌ها باور داشتند که این مواد داروهای مؤثر هستند.

در نهایت، باید این فروتنی را داشته باشیم که بپذیریم **هنوز چیزهای زیادی وجود دارند که درک نکرده‌ایم.**

برای سال‌ها، طب سوزنی در غرب مورد تمسخر قرار می‌گرفت، اما اکنون تأثیر واقعی آن بر برخی بیماری‌ها پذیرفته شده

است، هرچند مکانیزم‌های دقیق آن هنوز برای ما کاملاً روشن نیست.

تحقیقات ممکن است نشان دهد که برخی از درمان‌های جایگزینِ دیگر نیز واقعاً مؤثر هستند.

چه کسانی از درمان‌های غیرمتعارف حمایت می‌کنند و چرا؟

این روزها، بسیاری از بیماران سرطانی با حجم زیادی از توصیه‌ها از سوی دوستان و بستگان مواجه می‌شوند.

این افراد، از سر نیّتِ خیر، به‌دنبال پیشنهاد راه‌حلی هستند، اما گاهی این

توصیه‌ها بیشتر برای کاهش اضطراب خودشان است تا کمک به بیمار.

ایده‌های آن‌ها معمولاً از برنامه‌های متعدد رسانه‌های جمعی درباره‌ی درمان‌های غیرمتعارف گرفته شده است.

فرد مبتلا به سرطان ممکن است مجبور شود به دوستان خود بگوید که آنچه واقعاً به آن نیاز دارد، حمایت و مراقبت عاطفی است، نه توصیه‌ی درمانی.

برخی از حامیان درمان‌های جایگزین، افراد سودجویی هستند که از بیماران برای کسب سود سوءاستفاده می‌کنند.

بااین‌حال، تعداد این افراد در حال کاهش است، زیرا امروزه مصرف‌کنندگان اطّلاعات بیشتری دارند و آگاه‌تر شده‌اند.

گروه سوم و گسترده‌تر از حامیان درمان‌های غیرمتعارف

این گروه شامل طیف گسترده‌ای از افراد است، از جمله:

افرادی که به‌ظاهر صلاحیت علمی دارند، مانند برخی پزشکان.
روان‌درمانگرانی با پیشینه‌های مختلف، که ممکن است آموزش استانداردی نداشته باشند.افرادی با مدارک نامرتبط.

بیماران بهبودیافته و دیگرانی که نیاز عاطفی شدیدی به ترویج روش‌های جایگزین دارند.

چگونه یک بیمار می‌تواند ارزیابی کند که آیا یک "**حامی**" واقعاً صلاحیت دارد؟

اولین کاری که بیمار باید انجام دهد، بررسی این است که آیا فرد "حامی" واقعاً دارای مدارک و تجربه‌ی مرتبط است یا نه.

فقط به این دلیل که فردی خود از سرطان بهبود یافته، به این معنا نیست که

می‌داند چه چیزی ممکن است به دیگران کمک کند.

علاوه بر این، عنوان "روان‌درمانگر" را هر کسی می‌تواند استفاده کند و لزوماً نشان‌دهنده‌ی صلاحیت علمی نیست.

سؤالاتی که بیمار باید درباره‌ی یک روش درمانی بپرسد:

۱ .آیا ادعاهای مطرح‌شده برای این روش درمانی، با شواهد مستند حمایت می‌شوند؟

. فقط ادعاها و نقل‌قول‌های فردی کافی نیستند.

. آیا شواهد علمی معتبری برای حمایت از این روش وجود دارد؟

۲ .آیا درباره‌ی این روش درمانی، یک منطقِ علمیِ مشخص وجود دارد؟

۳ .آیا درباره‌ی این روش، در میان متخصصان؛ اِجماعی وجود دارد؟

یکی از راه‌های فهمیدن این موضوع، مشورت با متخصصان دیگر است.

چالش برای بیماران مبتلا به سرطان

می‌دانم که برای بیماران سرطانی که در شرایطی دشوار و ناامیدکننده قرار دارند، انجام این ارزیابی‌ها سخت است.

بسیاری از آن‌ها ممکن است بخواهند که همه‌چیز را به یک فرد کاریزماتیک بسپارند.

اما اگر این مراحلِ ارزیابی دنبال شوند، تقریباً تمام توصیه‌های مربوط به رژیم‌های غذایی خاص یا درمان‌های جایگزین—که اغلب توسط افراد به‌ظاهر متخصص پیشنهاد می‌شوند—مشخص خواهد شد که هیچ پایه و اساسی ندارند.

چرا برخی از متخصصان از درمان‌های اثبات‌نشده و تقریباً بی‌اثر حمایت می‌کنند؟

گاهی اوقات این کار برای کسب سود انجام می‌شود.

اما بر اساس تجربه‌ی من، و همان‌طور که دکتر کسلیث نیز یافته است، اغلب؛ این کار با صداقت انجام می‌شود.

متخصصان بالینی لزوماً در زمینه‌های مرتبط با این روش‌ها آموزش ندیده‌اند و ممکن است واقعاً ناآگاه باشند.

به‌عنوان مثال:

. پزشکان و روان‌شناسان معمولاً آموزش کمی در زمینه‌ی تغذیه دارند، اما ممکن است توصیه‌های تغذیه‌ای ارائه دهند.

سازوکارهای روان‌شناختیِ پشتِ این پدیده چیست؟

اگر فردی جایگاه مالی خوبی داشته باشد و به‌عنوان یک فرد قدرتمند و تأثیرگذار دیده شود، معمولاً باورهای خود را طوری تنظیم می‌کند که با درک خود از دانش و اهمیتش همخوانی داشته باشد.

در نتیجه، ممکن است در حوزه‌هایی که دانش کمی دارد نیز توصیه‌هایی ارائه دهد.

همچنین، اگر عدم‌قطعیت موجود درباره‌ی سرطان برای فرد؛ غیرقابل‌تحمل باشد، یا ناتوانی در کمک به بیماران برایش

رنج‌آور باشد، یا حتی ترس از مرگ در او ناآگاهانه سرکوب شده باشد، ممکن است ترجیح دهد که در توصیه‌ی روش‌های درمانی، موضعی قاطعانه‌تر از آنچه شواهد ایجاب می‌کنند، اتخاذ کنند.

این تأثیرات معمولاً ناخودآگاه هستند و هم در میان درمانگران پزشکی سنّتی و هم در میان درمانگران جایگزین دیده می‌شوند.

بخش سوم
شفابخشی از درون

۵
تأثیر ذهن بر روند سرطان

اکنون به موضوع اصلی این کتاب می‌رسیم:

ایده‌ای که می‌گوید رویدادهای ذهنی ما نه‌تنها می‌توانند بر کیفیت زندگی‌مان تأثیر بگذارند (چیزی که تقریباً همه آن را

می‌پذیرند)، بلکه می‌توانند بر روند بیماری‌های جسمانی نیز اثر بگذارند.

در این فصل، شواهدی را بررسی خواهم کرد که نشان می‌دهند ذهن می‌تواند بر سرطان تأثیر بگذارد.

در فصل بعدی، چارچوبی را معرفی خواهم کرد که ممکن است به ما در درک این موضوع کمک کند که چگونه ذهن (و همچنین عوامل اجتماعی و معنوی) بر سلامت جسمانی اثر می گذارند.

تمایز بین درمان‌های خارجی و شفابخشی از درون

اگر فصل‌های ۳ و ۴ را خوانده باشید، می‌دانید که بین درمان‌های "خارجی" و تغییرات "درونی" برای شفابخشی تمایز قائل شده‌ام.

درمان‌های خارجی شامل:

. پزشکی متعارف

. بسیاری از درمان‌های غیرمتعارف

شفابخشی درونی یا "شفابخشی از درون"، شامل هر تغییری در نگرش است که بهبودی را تسهیل کند.

یعنی تغییرات آگاهانه در الگوهای فکری، احساسی و رفتاری که به بازگرداندن سلامت کمک می‌کنند.

این موضوع را نباید با خودترمیمی خودکار بدن، مانند بهبود زخم‌ها، اشتباه گرفت— هرچند تغییرات ذهنی ممکن است این فرآیندهای خودترمیمی را تسهیل کنند.

هم‌پوشانی بین درمان‌های خارجی و شفابخشی درونی

در برخی موارد، بین این دو حوزه هم‌پوشانی وجود دارد.

به‌عنوان مثال، وقتی فرد تصمیم می‌گیرد که درمان پزشکی یا روش‌های غیرمتعارف را دنبال کند، این تصمیم یک تغییر "درونی" محسوب می‌شود، اما اثرات درمان به‌عنوان "خارجی" در نظر گرفته می‌شوند.

شفابخشی درونی ممکن است کاملاً توسط خود بیمار انجام شود، یا بیشتر اوقات، با کمک دیگران آغاز شود.

روش‌های شفابخشی از درون

فنونی که برای شفابخشی از درون استفاده می‌شوند عبارت‌اند از:

. آرام‌سازی(Relaxation)

. مدیتیشن(Meditation)

. تصویرسازی ذهنی (Mental Imaging)

. آگاهی و تغییر افکار (Awareness & Thought Change)

. آگاهی از احساس و ابراز مناسب آن‌ها

. توجه به تعاملات اجتماعی

. ایجاد ارتباط با بعد معنوی وجود خود

در فصل‌های بعدی، درک عمیق‌تری از این مفهوم خواهیم یافت.

چه چیزی برای آغاز شفابخشی از درون لازم است؟

تجربه‌ی ما در برنامه‌ی خود طی نزدیک به بیست سال نشان داده است که **افراد مایل نیستند از قدرت‌های درونی خود برای کمک به روند شفابخشی استفاده کنند.**

سه شرط اساسی برای آغاز شفابخشی درونی عبارت‌اند از:

۱ .آمادگی برای رویارویی با واقعیت

همه‌ی ما تمایل داریم که شدت تهدیدهای مرتبط با زندگی را انکار کنیم تا اضطراب خود را کاهش دهیم.

این انکار معمولاً به این شکل بروز می‌کند که به خود اطمینان می‌دهیم "**همه‌چیز خوب خواهد شد**" و نیازی به نگرانی نیست، زیرا درمان پزشکی قطعاً ما را نجات خواهد داد.

اگرچه چنین گفت‌وگوهای درونی آرامش‌بخش هستند، اما درعین‌حال انگیزه‌ی ما را تضعیف می‌کنند.

اگر به‌طور واقعی نپذیریم که زندگی ما در خطر است، بعید است که به‌طور جدی برای خوددرمانی تلاش کنیم.

متأسفانه، بسیاری از افراد تا زمانی که بیماری به‌طور گسترده در بدن گسترش نیافته و تمام گزینه‌های پزشکی به پایان نرسیده‌اند، به سراغ روش‌های خودیاری نمی‌روند.

این مسئله ناراحت‌کننده است، زیرا از هر روش درمانی، چه درونی و چه بیرونی، می‌توان بیشترین تأثیر را زمانی انتظار

داشت که اختلال هنوز در مراحل اولیه باشد.

۲. **ذهن باز**—پذیرش این ایده که تغییرات ذهنی می‌توانند بر بدن تأثیر بگذارند

افرادی که شهودی‌تر هستند و به‌طور شخصی ارتباط ذهن و بدن را تجربه کرده‌اند، بیشتر از افرادی که دیدگاه کاملاً "منطقی" و عقلانی به زندگی دارند، قادرند روش‌های خودیاری را بپذیرند.

پذیرش اینکه ذهن می‌تواند تأثیر فیزیکی بر بدن داشته باشد، برای بسیاری از افراد دشوار است.

اما این باور کلیدی، یکی از پایه‌های شفابخشی درونی است.

۳ .تمایل به تلاش و تغییر

همه‌ی ما در برابر تغییر مقاومت می‌کنیم؛ حفظ الگوهای فکری و رفتاریِ آشنا، حتی اگر برایمان مضر باشند، آسان‌تر است.

اما سرطان می‌تواند یک انگیزه‌ی قوی برای تغییر باشد!

کار مؤثر در مسیر خودیاری نیازمند تغییر اولویت‌ها، کنار گذاشتن برخی عادت‌های قدیمی و اختصاص زمان و انرژی برای فعالیت‌های جدید است.

۴ .دریافت کمک از افراد ماهر

درحالی‌که برخی افراد به‌طور چشمگیری تغییرات بزرگی را به‌تنهایی ایجاد می‌کنند، بیشتر افراد برای این کار نیاز به کمک دارند.

مهم است که اطمینان حاصل کنید افرادی که برای کمک به خود انتخاب می‌کنید، دارای مدارک و صلاحیت‌های مناسب هستند.

ویژگی‌های مهم در انتخاب افراد متخصص برای کمک:

. آموزش در تکنیک‌های مشاوره‌ی روان‌شناختی

. مهارت در روش‌های خاصِ خودیاری که آموزش می‌دهند

. داشتن مدرک حرفه‌ای در زمینه‌ی مربوطه

. آشنایی با سرطان و تجربه‌ی کار با بیماران سرطانی (ترجیحاً)

. ثبت‌نام در هیئت حرفه‌ای مربوطه، تا در قبال عملکرد خود پاسخ‌گو باشند

افرادی که فاقد این آموزش و نظارت حرفه‌ای هستند، اغلب ادعاها و

توصیه‌های اغراق‌آمیز یا حتی مضرّ ارائه می‌دهند.

اما باید توجه داشت که داشتن مدارک حرفه‌ای نیز به‌تنهایی تضمین‌کننده‌ی مفید بودن فرد نیست.

همچنین، من افرادی را ملاقات کرده‌ام که بدون داشتن مدارک حرفه‌ای، اما از طریق تجربیات زندگی و کار درونی خود، توانایی زیادی در کمک به دیگران برای بهبودی پیدا کرده‌اند.

یک اصل راهنمای مفید این است که رفتار و سبک زندگی فردی که کمک ارائه می‌دهد را به‌دقت بررسی کنید:

. آیا خود او به آنچه توصیه می‌کند، عمل می‌کند؟

. آیا ویژگی‌هایی را که شما تحسین می‌کنید، در زندگی خود نشان می‌دهد؟

۵ .دریافت حمایت و درک از سوی خانواده و دوستان

برای ایجاد تغییرات بزرگ در زندگی، حمایت و درک از سوی خانواده و دوستان ضروری است.

ما افراد نزدیک به خود را در نقش‌های خاصی قرار می‌دهیم، و از این طریق، آزادی آن‌ها را محدود می‌کنیم.

افراد مبتلا به سرطان، پیش از هر چیز، به این اطمینان نیاز دارند که توسط اطرافیانشان همچنان دوست داشته می‌شوند و حمایت خواهند شد.

اگر آن‌ها قصد دارند الگوهای زندگی خود را تغییر دهند، معمولاً به نوعی "اجازه" و تشویق از سوی دیگران نیاز دارند.

شواهد علمی درباره‌ی تأثیر ذهن بر سلامت عمومی

وظیفه‌ی اصلی من در این بخش، بررسی شواهدی است که نشان می‌دهند وضعیت ذهنی می‌تواند بر شروع و پیشرفت سرطان تأثیر بگذارد.

اما پیش از انجام این کار، ابتدا دو پرسش مرتبط را به‌اختصار بررسی خواهیم کرد:

۱ .آیا تغییرات ذهنی می‌توانند کیفیت زندگی بیماران سرطانی را بهبود بخشند؟

۲ .آیا ذهن می‌تواند بر بیماری‌هایی غیر از سرطان تأثیر بگذارد؟

تأثیر تغییرات ذهنی بر کیفیت زندگی

دو سؤالی که درباره‌ی هر نوع درمان، چه درونی و چه بیرونی، مطرح می‌شود، عبارت‌اند از:

آیا این روش به ما کمک می‌کند که عمر طولانی‌تری داشته باشیم؟
آیا کیفیت زندگی ما را بهبود می‌بخشد؟

در مطالعات پزشکیِ سرطان، تمرکز اصلی معمولاً بر **افزایش طول عمر** بوده است، بدون توجه به **کیفیت** آن.

اما این رویکرد در حال تغییر است.

امروزه، داروهای جدید اغلب نه‌تنها بر اساس تأثیرشان بر تومورها، بلکه بر اساس تأثیرشان بر احساس بیمار ارزیابی می‌شوند.

اگر دو روش درمانی خارجی اثرات مشابهی بر بیماری جسمی داشته باشند، روش کم‌خطرتر و کمتر سمّی، گزینه‌ی بهتری خواهد بود.

تأثیر حمایت عاطفی و روش‌های روان‌شناختی بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی

امروزه شواهد فراوانی وجود دارد که نشان می‌دهد حمایت عاطفی، مشاوره و مهارت‌های مقابله‌ای—مانند آن‌هایی که در فصل‌های بعدی توضیح داده خواهند شد—می‌توانند کیفیت زندگیِ بیماران سرطانی را بهبود بخشند.

این بهبود بر اساس معیارهایی مانند:

- روحیه و وضعیتِ روانی فرد
- تعاملات اجتماعی
- تواناییِ ادامه‌ی کار و فعالیت‌های روزمره
- حس کنترل بر زندگی و شرایط

. و سایر شاخص‌های روان‌شناختی و اجتماعی

صرف‌نظر از اینکه این روش‌ها تأثیری بر طول عمر دارند یا نه، امروزه تعداد فزاینده‌ای از متخصصان سلامت معتقدند که روش‌های روان‌شناختی باید بخشی از درمانِ بسیاری از بیماری‌های مزمن جدی، ازجمله سرطان، باشند.

چرا روش‌های روان‌شناختی برای بیماران سرطانی مفید هستند؟

اگر شما سرطان دارید، بر اساس یافته‌های پژوهشی و تجربه‌ی بالینی،

می‌توانیم با اطمینان بگوییم که روش‌هایِ خودیاریِ روان‌شناختی می‌توانند از نظر عاطفی به شما کمک کنند.

البته، این روش‌ها برای همه جذاب نیستند:

برخی از بیماران حمایتِ عاطفیِ کافی را از خانواده و دوستانِ خود دریافت می‌کنند. برخی دیگر ترجیح می‌دهند به‌تنهایی با بحران‌ها کنار بیایند.

این افراد معمولاً یا در به‌اشتراک‌گذاری احساس خود مشکل دارند، یا از ارزش بالقوه‌ی حمایتِ دیگران؛ آگاه نیستند.

بااین‌حال، شکی نیست که کیفیت زندگی افرادی که پذیرای این روش‌ها هستند، می‌تواند به‌طور قابل‌توجهی بهبود یابد.

تمرکز اصلی این کتاب چیست؟

من گه‌گاه به این نوع مزایایِ روان‌شناختی اشاره خواهم کرد، اما تأکید اصلی من بر این ایده‌ی غیرمتعارف است که *تغییرات روان‌شناختی درونی ممکن است مستقیماً بر خودِ بیماری تأثیر بگذارند*.

شواهدی درباره‌ی تأثیر ذهن بر سلامت و بیماری‌های مختلف

اگر بخواهیم استدلال کنیم که ذهن می‌تواند بر سرطان تأثیر بگذارد، طبیعی است که ابتدا بپرسیم چه شواهدی برای تأثیر ذهن بر سایر بیماری‌ها وجود دارد.

تعدادی از مشاهدات نشان می‌دهند که **ذهن** در سلامتِ افرادِ جوامع مدرن غربی نقش مهمی دارد.

بیشتر این شواهد، رابطه‌ی بین وضعیت روانی و ابتلا به بیماری را بررسی کرده‌اند؛ درحالی‌که تحقیقات نسبتاً کمی درباره‌ی

توانايي ذهن در بهبود بیماری‌ها انجام شده است.

۱ .تأثیر آشکار ذهن از طریق رفتارهای ناسالم

برخی عادات ناسالم، مانند:

- . سیگار کشیدن
- . پرخوری
- . مصرف بیش‌ازحد الکل و سایر مواد مخدر
- . رانندگی بی‌احتیاط

. بی‌توجهی به نیازهای طبیعی بدن مانند خواب، استراحت و ورزش

برآورد شده است که این عوامل تقریباً مسئول ۵۰ درصد از مرگ‌های زودرس در غرب هستند.

این رفتارهای ناسالم به‌ویژه در بروز سرطان نقش دارند.

همان‌طور که در فصل ۲ اشاره شد، تقریباً ۸۵ درصد از سرطان‌ها احتمالاً قابل پیشگیری هستند، به‌ویژه با ترک سیگار و تغییر رژیم غذایی.

۲ .برخی ویژگی‌های شخصیتی؛ ممکن است افراد را در برابر بیماری‌های خاص آسیب‌پذیرتر کند.

شناخته‌شده‌ترین مثال در این زمینه، شخصیت نوع آلفا است.

افرادی که دارای ویژگی‌های شخصیتی آلفا هستند—یعنی افرادی پرتلاش، مضطرب از نظر زمان و دارای خصومت فروخورده—به نظر می‌رسد که بیشتر از دیگران مستعد ابتلا به بیماری‌های عروق کرونر قلب هستند. در مقابل، افراد دارای

شخصیت بتّا که آرام‌تر و کمتر تحت‌فشار هستند، کمتر به این بیماری دچار می‌شوند.

البته در میان متخصصان، همچنان بحث‌هايي درباره‌ی این‌که دقیقاً کدام عوامل در این موضوع نقش دارند، وجود دارد.

۳ .انتظارات و باورهای افراد نیز تأثیر مهمی بر سلامت آن‌ها دارد.

چندین پدیده‌ی مختلف را می‌توان تحت این عنوان بررسی کرد: همان‌طور که در

فصل ۴ ذکر شد، اثرات مثبتِ دارونما (Placebo Effect) کاملاً مستند شده‌اند.

مواد یا روش‌هایی که از نظر زیست‌شناختی؛ خنثی هستند اما فرد دریافت‌کننده باور دارد که مؤثرند، می‌توانند به بهبودی فیزیکی بسیاری از علائم یا بیماری‌ها منجر شوند.

تلقین به افرادِ تحتِ هیپنوتیزم نیز در برخی موارد، برخی بیماری‌های جسمی را درمان کرده است.

برای مثال، در برخی شرایط، مشکلات پوستی مزمن؛ با تلقین؛ درمان شده‌اند.

اما تلقین می‌تواند اثرات منفی نیز داشته باشد.

پدیده‌ی مرگ ناشی از طلسم

(Hex Death)

به‌خوبی مستند شده است.

وقتی فردی که به جادو یا طلسم؛ اعتقاد دارد، تحت یک طلسم قرار می‌گیرد، ممکن است ظرف چند روز جان خود را از دست بدهد.

اگر ذهن چنین قدرتی برای ایجاد آسیب دارد، منطقی به نظر می‌رسد که این پرسش را مطرح کنیم که آیا ممکن است توانایی مشابهی برای شفابخشی نیز داشته باشد؟

به نظر می‌رسد که سلامتِ ما به شدت تحت تأثیر درکِ ما از داشتن یک سیستمِ حمایتیِ منسجم است، چنان‌که افزایش نرخ مرگ‌ومیر در میان مردانی که به‌تازگی همسر خود را از دست داده‌اند، به‌وضوح این موضوع را نشان می‌دهد. برخی

دانشمندان حدس زده‌اند که داشتن احساس معنا در زندگی برای سلامت بسیاری از افراد مهم است. مطالعات اخیر تأیید کرده‌اند که افرادِ در آستانه مرگ اغلب قادرند مرگ خود را تا پس از یک تاریخ مهم، مانند تولد یا یک رویداد مذهبی معنادار، به تعویق بیندازند.

به این موضوع مرتبط است پژوهش گسترده و گاه گیج‌کننده‌ای که درباره تأثیر استرس بر میزان ابتلا به بیماری انجام

شده است. درحالی‌که همه استرس‌ها "بد" نیستند و درک فرد از آن نقش مهمی دارد، مشخص شده است که افرادی که در مدت‌زمان کوتاهی با تغییرات زیادی در زندگی خود مواجه می‌شوند، نسبت به دیگرانی که چنین استرسی را تجربه نمی‌کنند، بیشتر در معرض بیماری قرار دارند.

شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد وقتی به افرادی که در شرف انجام عمل

جراحی هستند اطّلاعات و اطمینان داده می‌شود، روند بهبودی آن‌ها سریع‌تر بوده و مدت اقامت در بیمارستان کمتر از افرادی است که از چنین حمایت روانی برخوردار نیستند.

حوزه پزشکیِ روان‌تنی اهمیت ذهن را در بروز بسیاری از بیماری‌ها، مانند فشارِ خونِ اساسی، زخم‌های گوارشی، آرتریت روماتوئید و پرکاری تیروئید، مستند کرده است.

برخی افراد توانایی انجام کارهای فیزیولوژیکیِ خارق‌العاده‌ای مانند کنترل ارادی خونریزی یا درد را دارند. پژوهش‌های بیوفیدبک نیز نشان داده‌اند که می‌توانیم کنترل ذهنی بر بسیاری از عملکردهای بدنی‌ای که پیش‌تر تصور می‌شد غیرارادی هستند، بیاموزیم.

حتی اساسی‌تر و احتمالاً مهم‌تر از تمامی موارد ذکر شده، *هرچند که از نظر علمی دشوار است آن را به‌دقت اثبات کرد*، تأثیرات گسترده الگوهای معمولِ واکنشِ ما به رویدادهای پیرامون است. برای

مثال، برخی افراد مشکلات جدید را به‌عنوان چالشی هیجان‌انگیز می‌بینند، درحالی‌که برخی دیگر آن‌ها را طاقت‌فرسا یا ترسناک تلقی کرده و به الگویی واکنشی دچار می‌شوند که از آن با عنوان "درماندگیِ آموخته‌شده" یاد شده است، الگویی که پزشکانِ روان‌تنی؛ نشان داده‌اند افراد را مستعد **بیماری‌های جسمی** می‌کند. به زبان شاعرانه، می‌توان گفت (همان‌گونه که بودا در نخستین بند متن مقدس بودایی *دهاماپادا* می‌گوید) که **ما بدن خود را با افکارمان شکل می‌دهیم.**

الگوهای واکنشی ما باعث ایجاد تنش‌های عضلانی می‌شوند که می‌توانند به اختلالات عضلانی (عامل بسیاری از دردهای پایین کمر) و مفصلی (احتمالاً زمینه‌ساز آرتروز) منجر شوند. افکار، رویدادهای الکتروشیمیایی هستند که درون سلول‌های عصبی رخ می‌دهند و این تغییرات شیمیاییِ به‌ناگزیر تغییرات شیمیاییِ و هورمونیِ متناظری را در سراسر بدن ایجاد می‌کنند. بنابراین، برای مثال، یک وضعیتِ مداوم از هوشیاری یا برانگیختگی، مکانیسم‌های عصبی و

هورمونی را فعال می‌کند که موجب افزایش فشار خون شده و در بروز بیماری قلبی نقش دارند.

این فهرست از ارتباطات میان ذهن و بیماری به ما اطمینان می‌دهد که وقتی می‌پرسیم آیا ذهن می‌تواند بر روند پیشرفت یا کند شدنِ رشد سرطان تأثیر بگذارد، در حال طرح موضوعی خارج از چارچوب دانش موجود نیستیم؛ بلکه صرفاً دامنه‌ی بیماری‌هایی را که تأثیرپذیری آن‌ها از ذهن به رسمیت شناخته شده است، گسترش داده‌ایم و به سرطانی

پرداخته‌ایم که بدون دلیل موجه، از دیرباز تصور می‌شد که تا حد زیادی در برابر چنین تأثیراتی مقاوم است.

شواهد علمی درباره تأثیر ذهن بر سرطان

هیچ مدرک واحدی وجود ندارد که بتواند یک شکّاک را متقاعد کند که وضعیت ذهنی بر شروع یا پیشرفتّ سرطان تأثیر دارد. با این حال، سه حوزه کاملاً مجزا از تحقیقات به این نتیجه اشاره دارند و در علم، چنین همگرایی‌ای معمولاً به‌عنوان نشانه‌ای از صحت احتمالی یک ایده در نظر گرفته می‌شود.

مطالعات تجربی بر روی حیوانات

مزیت کار با حیوانات این است که می‌توان به‌طور عمدی شرایط استرس‌زا را اعمال یا حذف کرد تا تأثیر آن‌ها بر سرطان بررسی شود، روشی که برای آزمایش روی انسان‌ها، غیراخلاقی محسوب می‌شود. بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که عواملی مانند شوک، صدا، دست‌کاری، انزوا یا ترس می‌توانند رشد تومور را افزایش دهند.

در یکی از این آزمایش‌ها مشخص شد که در یک نژاد از موش‌ها که در دوران

بزرگسالی ،به‌طور قابل پیش‌بینی، دچار سرطان پستان می‌شوند، این تومورها در شرایط استرسِ محیطی، چند ماه زودتر ظاهر شدند. بااین‌حال، تصویر کلی کاملاً شفاف نیست؛ استرس گاهی موجب تسریع و گاهی **موجب مهارِ** پیشرفت سرطان می‌شود. به نظر می‌رسد که استرس حادّ در حیوانات آزمایشگاهی بیشتر به‌عنوان یک عامل تسریع‌کننده بیماری عمل می‌کند، درحالی‌که استرس مزمن ممکن است تأثیر کُندکننده‌ای داشته باشد.

در یک مجموعه آزمایشِ بسیار جالب، موش‌هایی که دارای تومور بودند و تحت شوک الکتریکی قرار گرفتند، رشد سریعتر تومور نسبت به موش‌هایی که این شوک را دریافت نکرده بودند، تجربه کردند. اما زمانی که موش‌ها قادر به جلوگیری از شوک بودند، یعنی می‌توانستند کنترل اندکی بر شرایط داشته باشند، سرعت رشد تومور کاهش یافت. همچنین، وقتی جفت‌هایی از موش‌ها تحت **استرسِ شوکِ** مشابهی قرار گرفتند، اما تنها یکی از آن‌ها توانایی خاموش کردن شوک را

داشت، رشد سرطان در موشی که این کنترل را داشت، کُندتر شد.

به‌طور کلی، متخصصان بر این موضوع توافق دارند که رابطه‌ای بین استرس و رشد سرطان در حیوانات آزمایشگاهی وجود دارد و این رشد ممکن است تحت تأثیر توانایی حیوان در مقابله با استرس قرار گیرد. برخی مکانیسم‌های احتمالی در سطح سلولی و مولکولی نیز پیشنهاد شده‌اند (نگاه کنید به بخش بعدی). این شواهدِ تجربی، استدلال درباره ارتباط میان استرس، مُقابله و سرطان در انسان را

تقویت می‌کند، اما آن را به‌طور قطعی اثبات نمی‌کند. حیوانات، آشکارا در بسیاری از جنبه‌ها با انسان متفاوت هستند، اگرچه در اغلب واکنش‌های زیستی، شباهت‌ها بسیار مهم‌تر از تفاوت‌ها هستند. بااین‌حال، سرطان‌های آن‌ها بیشتر از طریق ویروس‌ها ایجاد می‌شوند، درحالی‌که در انسان این موضوع کمتر دیده می‌شود.

مطالعات درباره‌ی ارتباطِ احتمالی میان عوامل روان‌شناختی (ویژگی‌های شخصیتی) و سرطان در انسان

ایده‌ی اینکه افرادِ دارای برخی ویژگی‌های شخصیتیِ خاص بیشتر از دیگران در معرض ابتلا به سرطان قرار دارند، قدمتی طولانی دارد و دست‌کم به پزشک یونانی در قرن دوم میلادی بازمی‌گردد. این دیدگاه طی حدود سی‌وپنج سالِ گذشته **گالن** مورد بررسی علمی قرار گرفته و در این مدت صدها مطالعه در این زمینه منتشر شده است، اما هنوز اجماعِ قطعی در این مورد حاصل نشده است.

مطالعات در این حوزه با چالش‌های فنیِ متعددیِ مواجه است. آشکارترین روش

برای انجام چنین تحقیقاتی این است که شخصیتِ گروهی از بیمارانِ مبتلا به سرطان (که خود فرآیندی بسیار غیردقیق است) ارزیابی شده و با شخصیت گروهی مشابه از افراد غیرمبتلا؛ مقایسه شود. متأسفانه، ایجاد دو گروهِ همسان و درعین‌حال اطمینان از نبودِ هیچ‌گونه سوگیری، دشوار است. علاوه بر این، چنین نوع مقایسه‌ی بازنگرانه، ممکن است دچار این اشکال باشد که ویژگی‌های روانیِ بیماران، تحت تأثیر خودِ بیماری

تغییر کرده باشد و در نتیجه، رابطه‌ی علّت و معلول را مبهم کند.

نوعِ قوی‌تر این آزمایش شامل ارزیابیِ روان‌شناختیِ افراد؛ پیش از ابتلا به سرطان و سپس بررسی تفاوت‌های سیستماتیک میان افرادی است که بعداً به بیماری دچار می‌شوند و آن‌هایی که سالم می‌مانند. این روش دشوارتر است، زیرا نیازمند بررسی تعداد بسیار زیادی از افراد است که تنها درصد کمی از آن‌ها در آینده دچار سرطان خواهند شد. رویکرد دیگر شامل اندازه‌گیری ویژگی‌هایِ روان‌شناختی؛ در

گروهی از بیماران مبتلا به سرطان و سپس پیگیری آن‌ها در طول زمان برای بررسی این موضوع است که آیا افرادی با سبک‌های شخصیتی یا روش‌های مقابله‌اِیِ خاص، به‌طور میانگین، وضعیت بهتری دارند یا خیر. تعداد کمی از مطالعات از این نوع منتشر شده است.

از هر دو نوع مطالعه‌ی مذکور، یک ویژگی شخصیتی نسبتاً واضح و مشخص، به دست آمده است. تحقیقات نشان می‌دهد افرادی که این ویژگی را دارند، تا حدودی بیشتر در معرض خطر ابتلا به

سرطان قرار دارند و اگر به بیماری دچار شوند، وضعیت نامطلوب‌تری خواهند داشت. این ویژگی شخصیتی، تمایل به سرکوب هیجانات، به‌ویژه مهار ابراز احساس منفی مانند خشم یا ناراحتی است. به نظر می‌رسد این خصوصیت ممکن است در نتیجه‌ی **فقدان صمیمیت اولیه با والدین** شکل گرفته باشد.

از دست دادن روابط مهم نیز ممکن است در این زمینه نقش داشته باشد، هرچند شواهد موجود در این مورد متناقض است.

ایده‌ی اینکه انواع دیگر استرس‌های زندگی ممکن است از طریق الگوبرداری از مطالعاتِ حیوانی؛ در بروز سرطان در انسان نقش داشته باشند، به‌سختی قابل اثبات بوده است. در این زمینه، هم داده‌هایی وجود دارند که این تأثیر را تأیید می‌کنند و هم داده‌هایی که آن را ردّ می‌کنند.

مطالعات جالبی که توسط یک گروه تحقیقاتی در انگلستان انجام شده، نشان داده است که بیمارانی که نسبت به بیماری خود؛ نگرشی "درمانده و ناامید"

دارند، بیشتر در معرض خطر مرگ زودهنگام هستند. در مقابل، داشتن "روحیه‌ی مبارزه‌گر" در ابتدا به‌عنوان عاملی محافظتی در نظر گرفته می‌شد. هرچند تحقیقات اخیر نتوانسته‌اند این موضوع را تأیید کنند، اما همچنان در مشاهداتِ بالینیِ رایج است که افرادی با چنین نگرشی؛ اغلب وضعیت بهتری نسبت به افرادی که احساس درماندگی می‌کنند، دارند.

برخی مطالعات نشان داده‌اند که داشتن حمایت اجتماعیِ خوب، استرس‌های

عاطفی کمتر، و برخورداری از توانایی‌های مقابله‌ایِ بهتر، مفید واقع می‌شوند، هرچند در این زمینه نیز گزارش‌های متناقضی وجود دارد. یکی از دلایل این تناقضات ناامیدکننده در نتایج ممکن است روش‌های ساده‌ای باشد که برای سنجشِ نگرش‌هایِ روان‌شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرند. این روش‌ها، که اغلب شامل پرسش‌نامه‌های خودگزارشی هستند، همیشه قادر به شناسایی افکار و احساس واقعی افراد نیستند.

چشمگیرترین نمونه‌های تأثیر احتمالی ذهن بر سرطان در انسان، موارد نادر "**بهبودی خودبه‌خودی**" هستند، وضعیتی که در آن تومورها بدون هیچ‌گونه درمان پزشکی مشخص، کوچک شده یا از بین رفته‌اند. این پدیده که در فصل دوم به آن اشاره شد، گاهی رخ می‌دهد.

یکی از معروف‌ترین نمونه‌ها مربوط به مردی بود که دارای تومورهای بزرگ لنفاویِ متعددی بود و با دارویی به نام کربیوزن (که در فصل چهارم به آن

پرداخته شده است) تحت درمان قرار گرفت. این دارو در واقع یک درمانِ جایگزینِ بی‌اثر بود، اما تومورهای او کوچک شدند. پس از انتشار گزارشی در یک روزنامه که اعلام می‌کرد کربیوزن بی‌ارزش است، تومورهای بیمار دوباره به‌سرعت رشد کردند. سپس پزشکان دوباره او را با "کربیوزن با غلظت دوبرابر" تزریق کردند، درحالی‌که در واقع محلول تزریقی فقط آب مقطر بود. تومورها بار دیگر کوچک شدند. در نهایت، زمانی که گزارشی دیگر بی‌فایده بودن کربیوزن را

تأیید کرد، بیمار متقاعد شد که هیچ درمان مؤثری دریافت نکرده است و در نتیجه، به‌سرعت تسلیمِ بیماری شد.

چنین الگویی را نمی‌توان به‌سادگی توضیح داد، مگر اینکه آن را به واکنش بدن بیمار نسبت به انتظارات یا باورهای ذهنیِ او نسبت دهیم.

مشاهدات و مداخلات روان‌شناختی در پیشرفت سرطان

در طول بیست سال گذشته، من تعدادی از بیماران حاضر در برنامه خود را مشاهده کرده‌ام که دچار بهبودی‌های

غیرمنتظره‌ای از بیماری‌های پیشرفته شده‌اند و این بهبودها برای مدت‌های مختلفی ادامه داشته است. بااین‌حال، صرفاً بر اساس این مشاهدات نمی‌توان ادعا کرد که عوامل روانی باعث این پسرفت‌ها شده‌اند؛ ممکن است عوامل دیگری که اندازه‌گیری یا کنترل نشده‌اند، مسئول این تغییرات باشند. همچنین نمی‌دانیم که همین افراد بدون تلاش‌های خودیاری؛ تا چه اندازه؛ وضعیتِ مشابهی را تجربه می‌کردند. برای فهم درباره‌ی رابطه‌ی تغییرات روان‌شناختی با

خودیاری، نیازمند آزمایش‌های دقیق با مشاهده‌ی نظام‌مند و کنترل متغیرهای خارجی هستیم. اکنون نگاهی کوتاه به پژوهش‌هایی از این نوع می‌اندازیم.

تأثیر مداخلات روان‌شناختی بر پیشرفت سرطان

در فصل سوم، "آزمایش‌های تصادفی کنترل‌شده" را به‌عنوان واضح‌ترین روش برای بررسیِ تأثیرِ مداخلاتِ روان‌شناختی بر طول عمر بیمارانِ مبتلا به سرطان؛ مورد بحث قرار دادیم. همان‌طور که به یاد دارید، در چنین آزمایش‌هایی، گروهی از

بیماران به‌صورت تصادفی به دو گروه تقسیم می‌شوند که از نظر تمامی ویژگی‌هایی که ممکن است بر روند بیماری تأثیر بگذارند، باید تقریباً مشابه باشند. یکی از این گروه‌ها؛ یک برنامه‌ی درمانی روان‌شناختی دریافت می‌کنند، درحالی‌که گروه دیگر؛ این درمان را دریافت نمی‌کنند. سپس بررسی می‌شود که آیا گروهی که مداخله دریافت کرده است، به‌طور میانگین؛ طول عمر بیشتری دارد یا خیر.

نتایج یکی از شناخته‌شده‌ترین مطالعات این نوع در سال ۱۹۸۹ منتشر شد، و از

آن زمان تاکنون پژوهش‌های بیشتری در این زمینه انجام شده است. در تحلیل اولیه‌ای که توسط اشپیگل و همکارانش انجام شد، ۸۶ زن مبتلا به سرطان متاستاتیکِ پستان؛ به‌طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند، که تنها یکی از این گروه‌ها در جلساتِ هفتگیِ گروه‌های حمایتی به‌مدت یک سال شرکت کرد و آموزش‌هایی در زمینه‌ی آرام‌سازی دریافت کرد. زنانی که این مداخله را دریافت کردند، به‌طور میانگین ۱۸ ماه بیشتر از

گروهی که این مداخله را دریافت نکردند، زنده ماندند.

این نتیجه واقعاً چشمگیر بود: هیچ دارویی در حال حاضر وجود ندارد که بتواند به این میزان طول عمر زنان مبتلا به این مرحله از بیماری را افزایش دهد. گروه ما در مؤسسه سرطان انتاریو، تورنتو اخیراً مطالعه‌ی مشابهی را با بیماران مبتلا به سرطان متاستاتیک پستان انجام داده و منتشر کرده است. متأسفانه، در این مطالعه، مداخلات روان‌شناختی تأثیر قابل‌توجهی بر طول عمر نشان ندادند.

چنین نتایج متناقضی در مراحل اولیه‌ی آزمایش هر روش جدید، از جمله داروهای جدید، رایج است. ازآنجاکه هر دو مطالعه‌یِ فوق؛ کوچک بودند، ممکن است به‌صورت تصادفی، گروه‌های بیمارانی که در این تحقیقات مورد بررسی قرار گرفتند، از نظر شدت بیماری، کاملاً همسان نبوده باشند. برای مثال، در مطالعه‌ی اشپیگل، این احتمال وجود دارد که بیمارانی که در گروه دریافت‌کننده‌ی درمان قرار داشتند، به‌طور میانگین

بیماری‌های کمتری نسبت به گروه دیگر داشته‌اند.

در سال‌های اخیر، چندین گزارش دیگر در مورد **تأثیر مداخلات روان‌شناختی بر طول عمر بیماران مبتلا به سرطان** منتشر شده است، اما نتایج آن‌ها چندان شفاف و قطعی نیست.

در یکی از این مطالعات، بیماران مبتلا به ملانوم بدخیم در مراحل اولیه یک برنامه‌ی ساده‌ی شش جلسه‌ای برای آموزش مهارت‌های مقابله‌ای؛ دریافت کردند. پس از شش سال، تعداد بیمارانی

که فوت کرده بودند، در این گروه کمتر از گروه کنترل (که این مداخله را دریافت نکرده بود) بود. اما پس از ده سال، دیگر تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد.

یک مطالعه‌ی تصادفی دیگر که در ابتدا برای هدفی متفاوت طراحی شده بود، تأثیر قابل‌توجهی از یک مداخله‌ی روان‌شناختی را نشان داد؛ اما دو مطالعه‌ی دیگر که طراحی علمی ضعیف‌تری داشتند، هیچ تأثیری نیافتند.

پس چگونه می‌توانیم تصمیم بگیریم که آیا چنین درمان‌هایی واقعاً بقای بیماران را افزایش می‌دهند؟

باید منتظر آزمایش‌های بیشتر باشیم. در حال حاضر، چندین مطالعه در کانادا و ایالات متحده در حال انجام است. با پیشرفت این تحقیقات، طراحی مطالعات بهبود خواهد یافت، و در نهایت، شواهد جمع‌آوری‌شده نشان خواهد داد که آیا تأثیر واقعی وجود دارد و میزان آن چقدر است.

روش دیگری برای بررسی علمی ارتباط بین تغییرات ذهنی و طول عمر

آیا راه دیگری برای بررسی علمی رابطه‌ی میان تغییرات ذهنی ناشی از روش‌های روان‌شناختی (مانند **خودیاری** یا **روان‌درمانی**) و مدت بقای بیماران وجود دارد؟ در فصل چهارم، هنگام بحث درباره‌ی "چگونه می‌توان درمان‌ها را ارزیابی کرد"، به مطالعاتِ همبستگی اشاره شد.

در زمان‌های اخیر، آزمایش‌های مشابه دیگری از جمله دومّین مطالعه‌ی گروه

اشپیگل انجام شده است که نتایج اولیه‌ی مطالعه‌ی اول را تأیید نکرده‌اند. اکنون به نظر می‌رسد که مداخله‌ی حمایتی مشابه آنچه اشپیگل به کار برد، زمانی که داده‌های گروه‌های بیماران مختلف مورد بررسی قرار گیرند به‌طور معناداری میانگین طول عمر بیماران را افزایش نمی‌دهند.

بااین‌حال، این یافته‌ها به‌هیچ‌وجه احتمال اینکه برخی از بیماران به‌طور فردی و با تلاش‌های خوددرمانیِ استثنایی بتوانند طول عمر خود را افزایش دهند، رد

نمی‌کند .این موضوع را در کتاب دیگرم:
آیا ذهن می‌تواند سرطان را درمان کند؟
بیشتر بررسی کرده‌ام.

آیا روش دیگری برای بررسی علمی رابطه‌ی بین تغییرات ذهنی و طول عمر وجود دارد؟

در فصل چهارم، هنگام بحث درباره‌ی **چگونه می‌توان درمان‌ها را ارزیابی کرد**، به مطالعاتِ همبستگی اشاره شد. این نوع مطالعات به دنبال یافتن رابطه‌ای میان اقدامات و پیامدها هستند؛ در اینجا، می‌توان از آن‌ها برای بررسی ارتباط میان

ویژگی‌های روان‌شناختی (نگرش‌ها و رفتارها) و بقا در بیمارانِ مبتلا به سرطان استفاده کرد.

منطق این رویکرد مشابه آن چیزی است که در زندگی روزمره به کار می‌بریم، یعنی هنگام فکر درباره‌ی اینکه آیا اقدامات ما به نتایج مطلوب منجر می‌شود یا نه. این نوع شواهد برای تعیین اینکه سیگار کشیدن باعث سرطان ریه می‌شود نیز مورد استفاده قرار گرفته است – هر چه تعداد سیگارهای مصرفی بیشتر باشد، خطر نیز بالاتر خواهد بود.

در حوزه‌ی تأثیر ذهن بر سرطان، تعداد کمی از این نوع مطالعات انجام شده است، هرچند بسیاری از گزارش‌های اولیه، طراحی مناسبی نداشتند که بتوان از آن‌ها نتیجه قطعی گرفت. ابتدا برخی از این مطالعات را به‌طور خلاصه توضیح خواهم داد و سپس برنامه‌ی فعلی خودمان را در زمینه‌ی مطالعات همبستگی؛ معرفی خواهم کرد، که در آن سعی کرده‌ایم برخی از این نقص‌های طراحی را اصلاح کنیم تا نتایج قابل‌اعتمادتری ارائه دهیم.

گزارش‌های اولیه درباره‌ی ارتباط ذهن و سرطان

برای چندین دهه، گزارش‌های موردی در مقالات پزشکی منتشر شده که در آن‌ها پزشکان و روان‌شناسان مشاهده کرده‌اند که برخی بیماران مبتلا به سرطان؛ بیش از آنچه که بر اساس شدت بیماری‌شان یا مقایسه با آمارهای ملی پیش‌بینی می‌شد؛ بیش از حد انتظار زنده مانده‌اند.

دکتر لارنس لشان، روان‌شناس، چند صد بیمار را بررسی کرد و رابطه‌ای میان از دست دادن (فقدان) و ابتلا به سرطان

یافت. او بر اساس تجربه‌ی خود به این نتیجه رسید که **بیماران سرطانی باید هدف واقعی زندگی خود را کشف کرده و آن را دنبال کنند** (نگاه کنید به فصل نهم).

دکتر کارل سیمونتون و استفانی متیوز-سیمونتون، از پیشگامان این حوزه، تصویرسازیِ ذهنی و سایر تکنیک‌های روان‌شناختی را در درمان‌های مکمّلِ سرطان معرفی کردند (نگاه کنید به فصل هفتم). آن‌ها دریافتند که بیمارانی که در کلینیک‌های آن‌ها تحت درمان قرار

گرفتند، تقریباً دو برابر میانگین ثبت‌شده‌ی افراد با بیماری مشابه، زنده ماندند.

محدودیت‌های این یافته‌ها

در نگاه اول، این نتیجه امیدوارکننده به نظر می‌رسد، اما متأسفانه نمی‌توان نتیجه قطعی از آن گرفت .دلیل اصلی این است که افرادی که تصمیم می‌گیرند در این مراکز مراقبتیِ خاص شرکت کنند، از بسیاری جهات با افراد عادی تفاوت دارند –آن‌ها اغلب جوان‌تر، ماجراجوتر، دارای

وضعیت اقتصادی-اجتماعی بالاتر و از نظر ذهنی؛ فعال‌تر هستند.

بنابراین، وظیفه‌ی محققان این است که نشان دهند این عوامل به‌تنهایی و مستقل از مداخله‌ی درمانی، دلیل افزایش طول عمر بیماران؛ نبوده‌اند.

نتایج مشابه در مطالعات دیگر

نتایج پژوهش‌های دکتر آینسلی میرِز، روان‌پزشکی که به بیماران سرطانی؛ **مدیتیشن عمیق** آموزش می‌داد، و دکتر

برناور نیوتن و همکارانش، روان‌شناسانی که از خودهیپنوتیزمی، تصویرسازی ذهنی و تکنیک‌های مرتبط استفاده می‌کردند، نیز مشمولِ همین محدودیت‌ها هستند. در هر دو مورد، پژوهشگران ارتباطی ظاهری میان درمان‌هایشان و طول عمر بیماران؛ مشاهده کردند.

علاوه بر این، گزارش‌های شخصی از افرادی که در مبارزه با سرطان موفق شده‌اند نیز در دسترس است. از جمله، کتاب‌های کلود دوسدال و ایان گاولر (به

بخش **مطالعه‌ی بیشتر** مراجعه کنید) دو نمونه از بهترین این گزارش‌ها هستند.

مطالعه‌ی ما در مؤسسه‌ی سرطان انتاریو

در طی پنج سال گذشته، در مؤسسه سرطان انتاریو، آزمایشی انجام داده‌ایم که شامل مراحل زیر بود:

۲۲ بیمار مبتلا به سرطان‌هایِ متاستاتیکِ غیرقابلِ درمان از نظر پزشکی، برای شرکت در یک سال روان‌درمانیِ گروهی ثبت‌نام شدند.

در این مدت، میزان درگیری و تعهد آن‌ها به تکنیک‌های خودیاریِ روان‌شناختی (ازجمله مدیتیشن، تصویرسازی ذهنی، نوشتن خاطرات، درک خود و اتّصال معنوی) ارزیابی شد.

این ۲۲ بیمار به سه دسته‌ی تقریباً مساوی تقسیم شدند : بسیار درگیر، متوسط، و کم درگیر.

نتایج نشان داد که ارتباط قوی و روشنی بین طول عمرِ بیشتر؛ و میزان درگیری با روش‌های خودیاری وجود دارد.

نتایج کلیدی:

- دو نفر از بیماران گروه **بسیار درگیر**، به بهبودی کامل پنج‌ساله از بیماری خود دست یافتند.
- در زمان نگارش این گزارش:

چهار نفر از بیماران بسیار درگیر؛ همچنان زنده بودند.

دو نفر از بیماران گروه متوسط؛ زنده بودند.

هیچ‌یک از بیماران گروه کم درگیر؛ زنده نمانده بودند.

برای بررسی اینکه آیا این طول عمر بیشتر صرفاً به دلیل شدت کمتر بیماری در ابتدا

بوده است یا نه، ۱۲ اُنکولوژیستِ مستقل؛ سوابق پزشکی بیماران را در زمان ورود به مطالعه؛ بررسی کردند و طول عمر پیش‌بینی‌شده‌ی آن‌ها را تخمین زدند.

محدودیت‌ها

نتایج نشان داد که سه گروه از نظر شدتِ بیماریِ اولیه، سن و مدت زمان شرکت در جلسات، تقریباً برابر بودند.

تنها تفاوت عمده میان آن‌ها ، میزان تعهد و درگیری در کارهای روان‌شناختی و معنوی، بود.

بااین‌حال، این نوع شواهد هنوز قطعی محسوب نمی‌شوند.

وجود ارتباط بین یک مجموعه از نگرش‌ها و رفتارها با طول عمر بیشتر، به‌تنهایی ثابت نمی‌کند که این عوامل؛ علّت آن بوده‌اند.

ممکن است عوامل پنهانیِ دیگری در این رابطه نقش داشته باشند، هرچند که شناسایی آن‌ها دشوار است

تأثیر کیفیت زندگی

- احتمالِ قوی این است که تلاش‌های خودیاریِ جدّی، طول عمر را افزایش می‌دهد.
- جالب‌تر اینکه هرچه افراد بیشتر درگیر شدند، کیفیت زندگی بهتری نیز داشتند.
- حتی اگر افزایش طول عمرٌ قطعی نباشد، بهبود کیفیت زندگی به‌تنهایی تلاش‌های آن‌ها را ارزشمند می‌کند.

ویژگی‌های افراد بسیار درگیر در فرایند خودیاری

افرادی که در گروه بسیار درگیر قرار داشتند، چه کارهایی انجام دادند؟

۱. آن‌ها وضعیت خود را **جدّی** ارزیابی کردند و به این نتیجه رسیدند که نیاز به تلاشِ کامل و مداوم دارند.
۲. آن‌ها ذهنی باز و انعطاف‌پذیر داشتند و توانستند الگوهایِ عادتی خود را بررسی کرده و در صورت نیاز تغییر دهند.

(در مقابل، افراد با سطحِ درگیری پایین اغلب سعی می‌کردند زندگی خود را بدون تغییر، حفظ کنند.)

۳. آن‌ها باور داشتند که می‌توانند تغییری ایجاد کنند و اینکه خودیاریِ روان‌شناختی می‌تواند مؤثر باشد.

۴. آن‌ها با انگیزه‌ی قوی، به‌طور منظم و روزانه تکنیک‌هایِ خودآگاهی، تصویرسازی ذهنی و مدیتیشن را – گاهی چندین ساعت در روز- تمرین می‌کردند!

برای مثال :یکی از زنانی که به بهبودی کامل رسید، در هر اتاق از خانه‌اش یک دفترچه‌ی یادداشت قرار داده بود تا بتواند

هر زمان که به بینشی جدید دست یافت، بلافاصله آن را یادداشت کند.

۵. کار معنوی (یافتن معنا در تجربه‌ی بیماری و ارتباط با نظمی متعالی – توضیح داده شده در فصل ۱۰) برای همه‌ی آن‌ها مهم بود.

۶. داشتن روابط اجتماعی خوب نیز نقش مهمی در زندگی آن‌ها داشت.

ویژگی مشترک افراد شفایافته

این افراد، علاوه بر تمرینات فردی، دارای مجموعه‌ای از ویژگی‌های مشترک بودند:

ارزیابی واقع‌بینانه‌ی وضعیت خود

انعطاف‌پذیری ذهنی و آمادگی برای تغییر

انگیزه‌ی قوی

تعهد به اقدام عملی

اتّصال معنوی و اجتماعی قوی

جالب اینکه هر فردی که در یک زمینه امتیاز بالایی داشت، معمولاً در سایر زمینه‌ها نیز قوی بود.

یک ویژگی بنیادی که همه‌ی این‌ها را به هم پیوند می‌دهد

این یافته‌ها نشان می‌دهد که ممکن است یک کیفیت بنیادی و اساسی وجود داشته

باشد که مسئول فرآیندِ بهبود و شفایِ خودیاری باشد.

بر اساس تحقیقات و تجربیات بالینی ما، این کیفیت شامل:

احساس عمیق از اصالت شخصی و تعلق

درک پرمعنای زندگی و ارزشمندی آن

احساس عشق نسبت به همه‌ی موجودات زنده و پذیرفتن عشق و ارزشمندی خود

انگیزه برای رشد فردی و تکامل، و زندگی به شیوه‌ای که به دیگران کمک کند

مسیر کهنِ معنویت:
این همان حالت پیشرفته‌ی ذهنی و روحی است که سنّت‌های معنوی؛ قرن‌هاست ما را به سوی آن هدایت کرده‌اند.

مکانیسم‌های احتمالی تأثیر ذهن بر سرطان

بحث دقیق درباره‌ی مکانیسم‌هایِ تعامل ذهن و بدن بسیار فنّی خواهد بود، اما هدف این است که نشان دهیم درک علمی از مسیرهای سلّولی و بیوشیمیایی که افکار را به تغییرات درمانی در بدن متصل می‌کنند، در حال گسترش است.

افکار به‌عنوان رویدادهای زیستی و شیمیایی

افکار صرفاً مفاهیمی انتزاعی و ناملموس نیستند؛ بلکه رویدادهای شیمیایی عصبی (نوروکِمیکال) در مغز هستند.

یک فکر، وابسته به فعال شدن یک الگوی خاص از عصب‌ها است، یعنی پالس‌های الکتروشیمیایی که در امتداد این نورون‌ها حرکت می‌کنند و از طریق سیناپس‌ها انتقال می‌یابند.

این فعالیت مغزی به‌واسطه‌ی دو سیستم عصبی به رویدادهای بدنی تبدیل می‌شود:

۱ .سیستم عصبی مرکزی(CNS)

شامل مغز و نخاع است.

کنترل حرکات ارادی مانند گرفتن یک شیء یا واکنش به درد را بر عهده دارد.

۲ .سیستم عصبی خودمختار(ANS)

این سیستم که تحت کنترل مغز است، عملکردهای غیرارادی مانند گوارش، دفع، تنفس و جریان خون را تنظیم می‌کند.

قبلاً تصور می‌شد که این سیستم کاملاً خودمختار است، اما امروزه مشخص شده که ما می‌توانیم برخی از این عملکردها را از طریق اراده تغییر دهیم (مثلاً تنظیم تنفس از طریق مدیتیشن.)

سیستم هورمونی و تأثیر آن بر سرطان

سیگنال‌های مغزی نه‌تنها از طریق اعصاب، بلکه از طریق هورمون‌ها نیز به بدن منتقل می‌شوند.

هورمون‌ها، مولکول‌هایِ پیام‌رسانی هستند که از طریق جریانِ خون، به اندام‌های هدف می‌رسند.

غده‌ی هیپوفیز: هدایت‌کننده‌ی سیستم هورمونی

هیپوفیز، که در قسمتی از مغز قرار دارد، نقش رهبر اُرکسترِ غددِ درون‌ریز (اندوکرین) را ایفا می‌کند.

این غده دستوراتی از مغز دریافت کرده و هورمون‌های مختلفی ترشح می‌کند که سپس غدد دیگر، مانند تیروئید و غدد فوق‌کلیوی (آدرنال) را فعال می‌کنند.

مسیرهای استرس و تأثیر آن بر سرطان

یکی از مسیرهای مهم، هورمون آدرنوکورتیکوتروپین (ACTH) است که توسط هیپوفیز ترشح می‌شود.

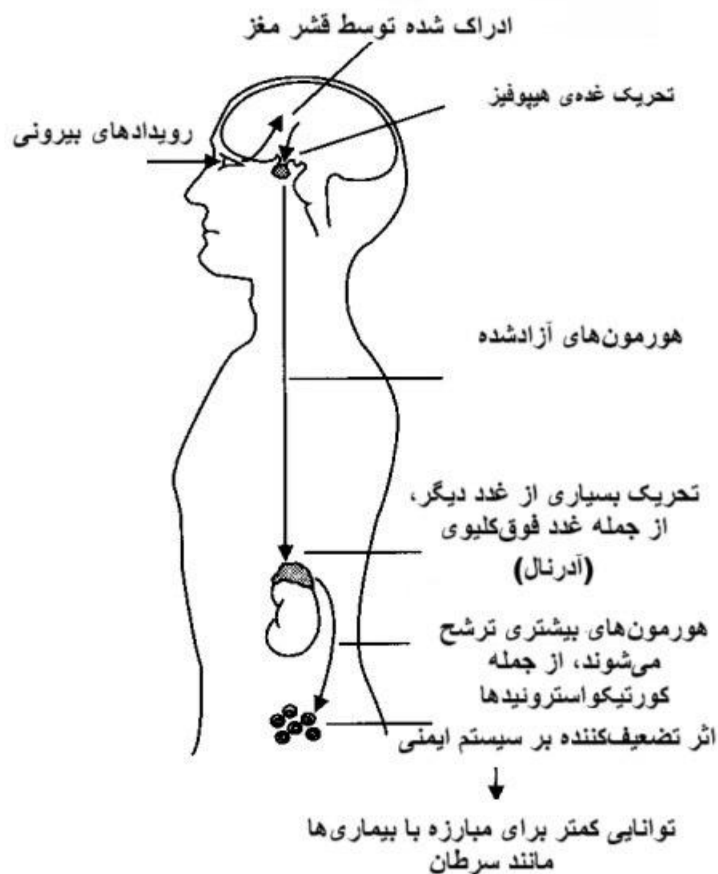
این هورمون، بخش قشری غدد فوق‌کلیوی را تحریک می‌کند تا کورتیکواستروئیدها (هورمون‌های استرس) را ترشح کند.

این هورمون‌ها بر بسیاری از عملکردهای بدن تأثیر گذاشته و ممکن است بر رشد تومورها اثر بگذارند.

آدرِنالین که از بخش داخلی غدد فوق‌کلیوی ترشح می‌شود، الگوی جریان

خون در بافت‌ها را تغییر می‌دهد، واکنش‌های التهابی را کاهش می‌دهد و بر فرآیندهای لخته شدن خون تأثیر می‌گذارد.

این تغییرات می‌توانند هم بر رُشد تومورهای اولیه اثر بگذارند و هم احتمال متاستاز (گسترش به نقاط دورتر) را تغییر دهند.



شکل ۴
«یک مسیر که از طریق آن رویدادهای بیرونی، در صورت ادراک به عنوان استرس‌زا، ممکن است بر مقاومت ما در برابر بیماری تأثیر بگذارند.»

شکل ۴: یکی از مسیرهایی که از طریق آن رویدادهای خارجی، که به‌عنوان استرس‌زا درک می‌شوند، می‌توانند بر مقاومت ما در برابر بیماری تأثیر بگذارند

شکل ۴: ارتباط میان ذهن، سیستم ایمنی و سرطان

تأثیر فعالیت‌های ذهنی بر سیستم ایمنی

برای سال‌ها تصور می‌شد که سیستم ایمنی، که شامل میلیون‌ها لنفوسیتِ در حال گردش، غدد لنفاوی و سایر اندام‌های پشتیبانِ این گردش است، کاملاً مستقل از سیستم عصبی و هورمونی عمل می‌کند .تصور بر این بود که این سیستم بدون هیچ تأثیری از سوی مکانیسم‌های تنظیمیِ بدن، از ما

در برابر میکروارگانیسم‌ها محافظت می‌کند.

۲. **نقش روان‌عصب‌ایمنی‌شناسی (Psychoneuroimmunology)**

امروزه می‌دانیم که این دیدگاه نادرست است.

علم نوظهور **روان‌عصب‌ایمنی‌شناسی Psychoneuroimmunology** نشان داده است که تغییرات ذهنی از طریق واسطه‌های نوروهورمونی، می‌توانند به‌طور قابل‌توجهی بر پاسخ‌های ایمنی تأثیر بگذارند.

از آنجا که سیستم ایمنی تا حدی (هرچند نه به‌طور کامل) از بدن در برابر رشد تومورها محافظت می‌کند، این کشف یک مسیر بیولوژیکی مشخص را ارائه می‌دهد که ممکن است ذهن را به سرطان متّصل کند.

مسیر پیشنهادی:

۱. رویدادهای ذهنی (مانند استرس یا احساسِ نداشتن کنترل)

۲. کاهش فعالیت سیستم ایمنی

۳. افزایش احتمالِ رشد و گسترش سرطان

مقایسه‌ی تأثیر ذهن بر سرطان با درمان‌های غیرمتعارف

در این مرحله، مقایسه‌ی یافته‌های مربوط به ارتباط ذهن و سرطان با روش‌های درمانیِ غیرمتعارف که از بیرون اِعمال می‌شوند، مفید است.

سه معیار ارزیابی درمان‌های غیرمتعارفِ سرطان (بحث شده در فصل قبل):

۱. شواهد علمی

ارتباط میان ذهن و سرطان دارای شواهدِ گسترده‌ای است.

هیچ شواهد علمی معتبری برای درمان‌های غیرمتعارفِ بیرونی وجود ندارد.

۲. منطق علمی(Rationale)

دانش ما درباره‌ی چگونگی تأثیر ذهن بر بیماری‌ها و سرطان به‌طور پیوسته در حال افزایش است.

اما برای درمان‌های غیرمتعارفِ بیرونی، هیچ توضیح علمیِ قابل‌قبولی ارائه نشده است.

۳. اجماع علمی

در حوزه‌ی روان‌شناسیِ سلامت، درمانگران تا حد زیادی توافق دارند که انواع خاصی از حمایت‌های روان‌شناختی می‌توانند به روند بهبودی کمک کنند.

در مقابل، ادعاهای مربوط به درمان‌های جایگزینِ بیرونی، بدون هیچ اجماعی در میان متخصصان ، فردی؛ و بی‌پایه هستند،.

بسیار مهم است که میان دو دیدگاه کاملاً متفاوت تمایز قائل شویم:

یک دیدگاه علمی و معتبر که به بیماران کمک می‌کند منابع درونی خود را برای مبارزه با بیماری فعال کنند.

یک باور غیرعلمی و اغلب بی‌پایه که ادعا می‌کند یک درمان خارجی تأییدنشده و معمولاً غیرمنطقی می‌تواند سرطان را درمان کند.

چرا احتمال تأثیر ذهن بر سرطان (و سایر بیماری‌ها) بر پزشکی تأثیر نگذاشته است؟

با توجه به شواهد متعدد و همگرا که نشان می‌دهند وضعیت ذهنی می‌تواند بر مسیر سرطان و سایر بیماری‌های جسمی تأثیر بگذارد، عجیب به نظر می‌رسد که استفاده از قدرت ذهن در مقابله با بیماری‌ها مورد توجه بیشتری قرار نگرفته است. سه دلیل اصلی برای این بی‌توجهی وجود دارد:

۱ شواهد هنوز کامل نیستند

در حیوانات، تأثیر ذهن بر برخی سرطان‌ها غیرقابل انکار است.

اما مطالعات کافی و باکیفیت درباره‌ی انسان‌ها وجود ندارد تا شکاکان را متقاعد کند که وضعیت ذهنی؛ تأثیر قابل‌توجهی بر سرطان در انسان دارد.

۲ پراکندگی و تازگیِ شواهدِ علمی

این یافته‌ها در رشته‌های علمی مختلفی منتشر شده‌اند و اغلبِ پژوهش‌ها نسبتاً جدید هستند.

به همین دلیل، این ایده‌ها هنوز به‌طور گسترده در میان پزشکان جا نیفتاده‌اند.

۳ مقاومت در برابر تغییرات بنیادی در نظریه‌های پزشکی

در حال حاضر، نظریه‌ی حاکم در پزشکی؛ بیماری را ناشی از علل کاملاً زیستی می‌داند.

روش‌های درمانی، به‌طور سنّتی، بر استفاده از عوامل خارجی (مانند داروها و جراحی) متمرکز هستند و نقش ذهن نادیده گرفته شده است.

برای بسیاری از پزشکانی که آموزشِ آن‌ها منحصراً بر پایه‌ی علوم زیستی است، ذهن؛ مفهومی انتزاعی و ناملموس به نظر می‌رسد که نمی‌تواند بر فرآیندهای فیزیکیِ بدن تأثیر بگذارد.

این دیدگاه که افراد ممکن است بتوانند از طریق تغییرات روان‌شناختی به مقابله با بیماری کمک کنند، نشان‌دهنده‌ی یک تغییر بنیادین در تفکر پزشکی است.

مسیر آینده: نظریه‌ای گسترده‌تر از سلامت و بیماری

در فصل بعد، یک نظریه‌ی جامع‌تر ارائه خواهد شد که تمامی شواهد موجود را در نظر می‌گیرد و به ما کمک می‌کند بفهمیم چگونه جنبه‌های بالاترِ وجودِ انسانی—**روانی**، **اجتماعی** و **معنوی**—می‌توانند در روند درمان نقش داشته باشند.

فصل ۶: چگونه سطوح جسمی، ذهنی، اجتماعی و معنوی با یکدیگر تعامل دارند

گسترش دیدگاه درباره‌ی تأثیر ذهن، اجتماع و معنویت بر بدن

در فصل قبل، شواهدی را بررسی کردیم که نشان می‌داد درمان از درون ممکن است امکان‌پذیر باشد، به این معنا که نگرش ذهنی، حالت‌های درونی و فرآیندهای ذهنی؛ می‌توانند بر مسیر بیماری‌هایی مانند سرطان تأثیر بگذارند . همچنین، به‌طور مختصر به مکانیسم‌های

سلولی و مولکولی؛ که ممکن است این تغییرات ذهنی را به تغییرات جسمی تبدیل کنند، پرداختیم.

حرکت به سوی یک مدلِ جامع‌تر از سلامت

در این فصل، بحث را گسترده‌تر خواهیم کرد. هدف ما یافتن روشی برای درک این موضوع است که **چگونه تغییرات ذهنی، اجتماعی و معنوی ممکن است بدن را تحت تأثیر قرار دهند** و در نتیجه، بر سلامت اثر بگذارند.

نتیجه‌ی این بررسی، یک نظریه یا “مدل خواهد بود که کاملاً متفاوت از توضیحات رایج در زیست‌شناسی و پزشکی است.

. به‌جای توضیح بیماری‌ها صرفاً از طریق فرآیندهای شیمیایی و سلولی، در این مدل انتقال اطّلاعات و الگوهای رفتاری بین سطوح مختلف فردی مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

. پزشکی زیستی(Biomedicine) ، که بر رویدادهای مادّی متمرکز است، نمی‌تواند تأثیر عوامل روان‌شناختی و

اجتماعی بر سلامت را به‌طور کامل توضیح دهد. بنابراین، به نظریه‌ای نیاز داریم که این عوامل را در نظر بگیرد.

پایه‌های این نظریه

ایده‌هایي که در این فصل ارائه می‌شوند، مبنای نظری بسیاری از روش‌های خودیاری بیماران سرطانی را شکل می‌دهند. علاوه بر این، این ایده‌ها را می‌توان به‌عنوان آغاز یک نظریه‌ی جامع درباره‌ی فرآیندهای درمانی در نظر گرفت.

برای تدوین این مدل، از منابع مختلفی بهره گرفته‌ام، از جمله:

۱_پزشکیِ روان‌تنی

(Psychosomatic Medicine):

از اوایل قرن بیستم، این شاخه از علم پزشکی راه‌هایی را برای درک ارتباط ذهن و بدن پیشنهاد کرده است.

۱. مدل انسان به‌عنوان یک سلسله‌مراتب از سطوح سازمانیِ مختلف:

این مدل، فرد را نه به‌عنوان مجموعه‌ای از اجزای فیزیکی، بلکه به‌عنوان یک سیستمِ چندسطحی از فرآیندهای زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی در نظر می‌گیرد.

۲. نظریه‌ی اطّلاعات و نشانه‌ها (Semiotics)

پزشکی رایج عمدتاً بر رویدادهای مادّی و فیزیکی تمرکز دارد و جریان اطّلاعات را نادیده می‌گیرد.

اما در فلسفه‌ی نشانه‌شناسی (Semiotics)، که به بررسی نشانه‌ها و نمادها می‌پردازد، مفهومِ **انتقال اطّلاعات** نقش مهمی دارد.

این دیدگاه می‌تواند به ما کمک کند تا سلامت را در یک چارچوب گسترده‌تر از

صرفاً فرآیندهای شیمیایی و زیستی در بدن درک کنیم.

۳. مدلی که پیشنهاد می‌کنم احتمالاً مانند عقلِ سلیمِ، سازمان‌یافته به نظر خواهد رسید. نتایجی که از آن می‌گیرم در واقع بیان مجدّدی، با زبانی فنّی‌تر، از ایده‌هایی درباره‌ی درمان است که هزاران سال در دسترس بوده‌اند، امری که به ما کمک می‌کند به اعتبار آن‌ها اطمینان داشته باشیم. اگرچه این

ایده‌ها توسط تجربیات بسیاری از متخصصان سلامتِ روان و افرادی که درک و درمان خود را دنبال کرده‌اند پشتیبانی می‌شود، اما هنوز به‌عنوان یک رویکرد اصلی در تحقیقات علمیِ گسترده مورد استفاده قرار نگرفته‌اند. ما در این کتاب به یک دوراهی رسیده‌ایم: تا اینجا توانسته‌ایم بر شواهد علمیِ منتشرشده تکیه کنیم؛ اما از این نقطه به بعد مجبور خواهیم

بود بیشتر به استدلال منطقی و اجماع حاصل از مشاهدات و تجربیات بسیاری از مردم در زمان و فرهنگ خودمان و فرهنگ‌های دیگر در دوران‌های مختلف متّکی باشیم.

۴. سطوح متعدد سازمان‌یافتگی ما

۵. همه‌ی ما آگاهیم که بدنمان از اجزای کوچکتری ساخته شده است؛ کوچک‌ترین این اجزا اتم‌ها و ذرات زیراتمی هستند که با هم ترکیب شده و

مولکول‌های بزرگ‌تری را تشکیل می‌دهند. سپس، سلول‌های ما قرار دارند که با هم ترکیب شده و بافت‌ها و اندام‌ها را شکل می‌دهند. گاهی خود را به‌عنوان مجموعه‌ای از اندام‌ها می‌بینیم که مانند یک خودرو کنار هم چیده شده‌اند. با این حال، برخلاف خودرو، ما در سطح پوست متوقف نمی‌شویم: برای زنده ماندن، باید به‌طور مداوم تبادل مولکول‌ها بین

بدن و محیط اطراف صورت گیرد، که آشکارترین نمونه‌های آن در تنفس، تغذیه و دفع دیده می‌شود، اما این تبادل حتی از طریق پوست خارجی نیز رخ می‌دهد (برای مثال، به‌صورت تعریق). به‌عنوان نمونه، **دستگاه گوارش در حقیقت یک لوله است که بخشی از دنیای بیرونی را در خود جای داده است**، هرچند که در داخل بدن ما قرار دارد. یک خودرو می‌تواند

برای مدت طولانی در فضای خارج از جوّ بدون تغییر باقی بماند، اما یک موجود زنده نمی‌تواند—ما کاملاً وابسته به تعامل مداوم با دنیای اطراف خود هستیم.

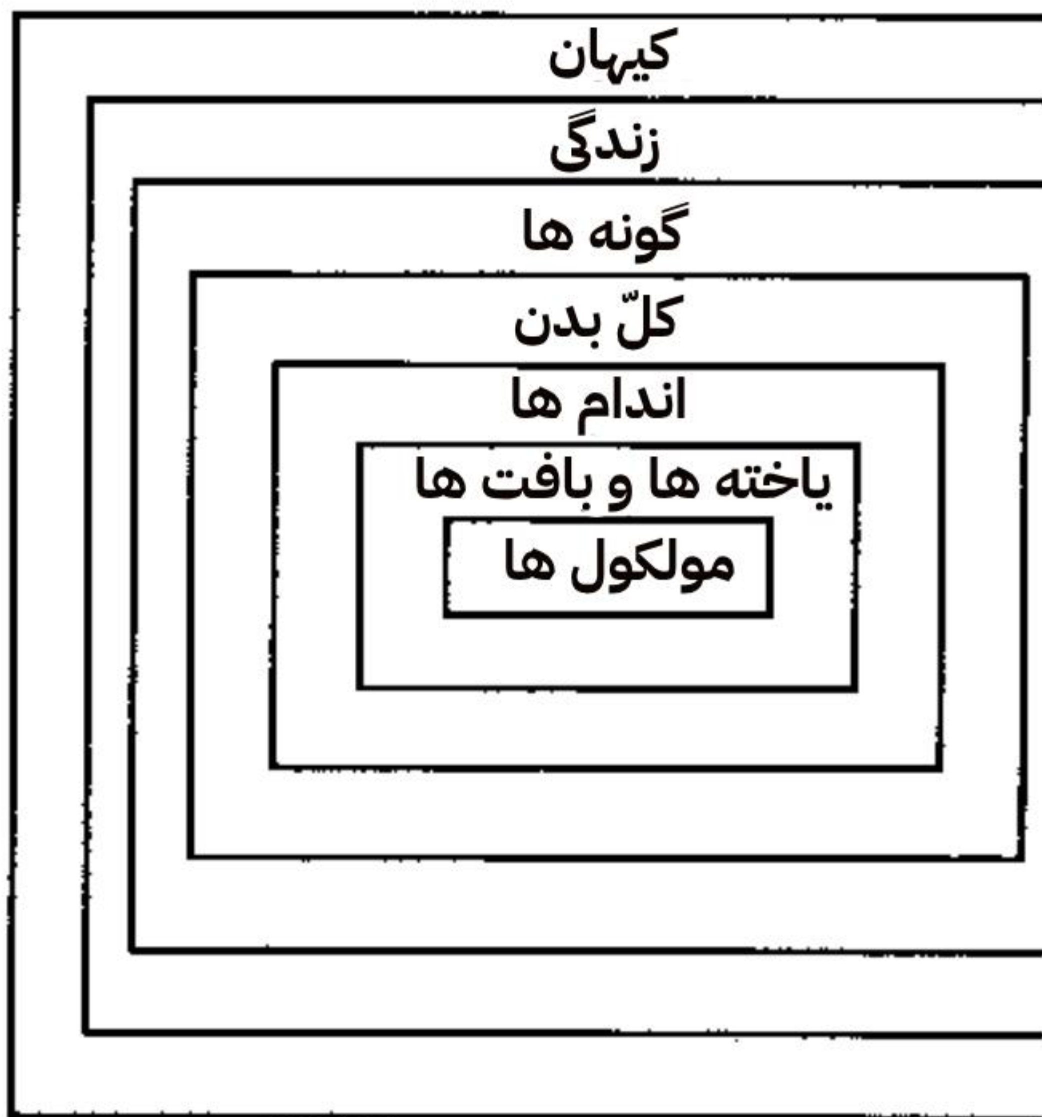
۶. شکل ۵ برخی از این سطوح سازمان‌یافتگی را نشان می‌دهد. این شکل از مرکز، با اجزای کوچک و آشنایِ بدنِ ما آغاز می‌شود. با حرکت به سمت بیرون و واحدهای بزرگ‌تر،

گروه‌هایی از افراد را به‌عنوان سطح مهم بَعدی ترسیم کرده‌ام؛ همه‌ی ما بخشی از یک گروه اجتماعی بزرگ‌تر هستیم و بدون آن به‌سختی می‌توانیم زندگی کنیم. ما همچنین به‌طور جدایی‌ناپذیری با سایر موجودات زنده و مواد غیرزنده‌ی جهان خود در ارتباط هستیم، حقیقتی که با آسیب‌هایی که جمعیت و فنّاوری ما به محیط‌زیست وارد می‌کنند، به‌طور دردناکی آشکار

شده است. سپس، سیاره‌ی ما نیز خود بخشی از مجموعه‌های بزرگ‌تری است—منظومه‌ی شمسی، کهکشان و کیهان.

۷. چنین سلسله‌مراتبی توسط بسیاری از نویسندگان توصیف شده است. اگر بپذیریم که هیچ مرز واقعی‌ای وجود ندارد و یک فرد در حقیقت نوعی تراکم موضعی از مواد خاص است، مانند یک چین‌خوردگی در ساختار کلی، آنگاه

شکل ۵ می‌تواند به‌عنوان یک "نقشه" از یک انسان دیده شود و هر یک از ما را می‌توان به‌عنوان بخشی از ساختارهای اجتماعی و جهانی بزرگ‌تر در نظر گرفت.



شکل ۵

"نقشه‌ای" از یک انسان، که برخی از سطوح ساختاری متعدد را نشان می‌دهد.

یک خط کامل در اطراف سطح "کل بدن" کشیده شده است، زیرا ما به‌عنوان افراد جداگانه ظاهر می‌شویم. با این حال، از آنجا که هر یک از ما بخشی از سطوح بالاتری مانند گونه، حیات و کیهان هستیم، این سطوح به‌صورت جعبه‌های باز نشان داده شده‌اند که افراد بسیاری را در بر می‌گیرند.

این نقشه دارای دو ویژگی اصلی است. نخست، نحوه‌یِ سازمان‌دهیِ چیزها را توصیف می‌کند؛ اجزای کوچکتر در مرکز قرار دارند و با حرکت به سمت بیرون،

واحدها بزرگ‌تر می‌شوند. این یک سلسله‌مراتب است، به این معنا که هر سطح، تمامی سطوح زیرین خود را شامل می‌شود و هرچه به سمت بیرون برویم، پیچیدگی افزایش می‌یابد. با گسترش به سطوح بالاتر، ویژگی‌های جدیدی پدیدار می‌شوند؛ برای مثال، یک انسان کامل قادر به انجام کارهایی است که از بررسی سلول‌ها یا اندام‌های تشکیل‌دهنده‌ی او قابل پیش‌بینی نیستند.

دوم، اگر هر سطحی دچار اختلال شود، تمام سطوح دیگر را تحت تأثیر قرار

می‌دهد. به‌عنوان نمونه، تغییری کوچک در DNA یا مادّه‌ی ژنتیکی اسپرم یا تخمک می‌تواند باعث کوتاهی قد، کاهش هوش، و تأثیرگذاری بر کل یک جامعه شود. یا در جهت معکوس، تغییری در یک سطح بالاتر، مانند تعطیلی یک کارخانه، می‌تواند افراد را بیکار کند، موجب افسردگی آن‌ها شود و حتی برخی را دچار حملات قلبی یا زخم معده کند. بدیهی است که تغییرات ایجادشده در سطوح بالاتر به دلیل اختلالی جزئی در سطح پایین‌تر—مثلاً در یک مولکول یا سلول—ممکن است چنان

ناچیز باشد که قابل اندازه‌گیری نباشد، اما طبق نظر فیزیک‌دانان، این اثر موجی به هر حال وجود دارد. همان‌طور که نویسندگان ذن می‌گویند :“**یک پاره از علف را قطع کن، و جهان را به لرزه درآور! (معادل فارسی: چو عضوی به درد آورد روزگار؛ دگر عضوها را نماند قرار. م)**

این دیدگاه که همه چیز به هم متصل است، چندان جدید نیست؛ در واقع، این ایده‌ی مرکزیِ جستجوی معنا در بسیاری از فرهنگ‌ها بوده و امروزه نیز توسط

فیزیک مُدرن تأیید شده است. ما برای راحتی، در ذهن خود دنیا را به بخش‌های مجزا تقسیم می‌کنیم تا آن را توصیف و کنترل کنیم، اما در این فرآیند، آگاهی خود را از ارتباط صمیمی و ضروری‌مان با جهان پیرامون از دست می‌دهیم.

ذهن در کجا قرار می‌گیرد؟

جنبه‌های اطّلاعاتی وجود ما

این بخش کمی دشوارتر است، زیرا شامل نگاهی جدید به چیزهای آشنا می‌شود. بااین‌حال، اگر بخواهیم مفاهیمی مانند ذهن، سطح اجتماعی و معنویت را در

بررسی امکانات درمانی بگنجانیم، باید بپذیریم که "دو زبان کاملاً متفاوت برای توصیف رویدادهای مؤثر بر انسان و سلامت او استفاده شده‌اند—**زبان مادّه** و **زبان اطّلاعات یا الگو**."

وقتی از “مادّه صحبت می‌کنیم، منظور ما چیزهای جامد و به‌راحتی قابل اندازه‌گیری مانند “سلول، “بدن و “مغز است. بیشتر شاخه‌های علوم زیستی از این نوع زبان استفاده می‌کنند: برای مثال، ممکن است فردی را توصیف کنیم که ۷۵ کیلوگرم وزن دارد، موهایش را رها می‌کند، آزادانه

حرکت می‌کند، و غیره .در اینجا تمرکز ما عمدتاً بر ویژگی‌های مادّی وضعیت سلامت یک فرد است.

“اطّلاعات در مقابل، به هر الگویی در فضا و زمان اشاره دارد؛ تأکید آن بر خودِ الگو است، نه مادّه‌ای که آن را نمایش می‌دهد. برای مثال، “ذهن که یک مفهوم اطّلاعاتی یا الگویی است، به یک شیء خاص اشاره ندارد، بلکه به یک سری (بسیار پیچیده) از رویدادها و تعاملات اشاره دارد؛ این تعاملات توسط سلول‌های مغزی انجام می‌شوند، اما

بسیاری از آن‌ها را می‌توان در یک رایانه نیز اجرا کرد .آنچه قابلیت‌های منحصربه‌فرد مغز را شکل می‌دهد، ترکیب مادّی آن نیست، بلکه الگوی سازماندهی و ساختار آن است.

همه‌ی اشیا دو جنبه‌ی مادّی و اطّلاعاتی دارند؛ ما بسته به هدفمان می‌توانیم بر یکی از این دو تمرکز کنیم.

چرا باید بین مادّه (جوهر) و الگوی سازماندهی آن تفاوت قائل شویم؟

دلیل این تمایز این است که بدن ما نه‌تنها تحت تأثیر چیزهای مادّی، بلکه تحت تأثیر اطّلاعات از انواع مختلف قرار دارد.

برای مثال، زمانی که یک رویداد اجتماعی (مانند از دست دادن شغل یا یک عزیز) باعث بیماری جسمی می‌شود، این اطّلاعات است، نه مادّه، که از یک سطح به سطح دیگر در نقشه‌ی شکل ۵ انتقال می‌یابد.

مثالی دیگر ممکن است این موضوع را روشن‌تر کند:

اگر فردی از دور نام شما را صدا بزند، این

اطّلاعات از طریق الگوی موج‌های صوتی در هوا به شما می‌رسد. ارتعاش پرده‌ی گوش به **سیگنال‌های الکتریکی عصبی** تبدیل می‌شود که به مغز جریان می‌یابند. سپس مغز از طریق اعصاب و هورمون‌ها، سیگنال‌هایی به عضلات می‌فرستد و شما برای دیدن منبع صدا بدنتان را می‌چرخانید.

در اینجا، یک رویداد تقریباً کاملاً اطّلاعاتی—عبور یک پیام از طریق سطوح مختلف یک فرد—باعث ایجاد یک تغییر

فیزیکی بزرگ، یعنی چرخش بدن، شده است.

البته، برای انتقال اطّلاعات باید مقداری مادّه یا انرژی وجود داشته باشد، اما می‌توان به‌راحتی دریافت که مادّه‌ی حامل اطّلاعات؛ مهم‌ترین چیز نیست:
اگر نام صدا زده‌شده نام شما نباشد، احتمال واکنش شما بسیار کمتر می شود، هرچند که تغییرات انرژی بین فرد صدا زننده و مغز شما اساساً یکسان باقی می‌ماند.

تغییرات پاتولوژیک در بدن و تأثیر اطّلاعات بر سلامت

تغییرات پاتولوژیک در بدن ممکن است زمانی رخ دهد که پیام‌های تحریک کننده‌ای را به‌طور مکرر دریافت کنیم اما قادر به پاسخگویی مناسب به آن‌ها نباشیم.

برای مثال، اگر دیگران را خصمانه و غیرقابل‌اعتماد درک کنیم، ما نیز با خصومت (که معمولاً سرکوب می‌شود) واکنش نشان خواهیم داد و همان‌طور که تحقیقات نشان می‌دهد، در معرض فشار

خون بالا و بیماری قلبی قرار خواهیم گرفت. یا اگر پیام‌هایی که از محیط دریافت می‌کنیم، طوری تفسیر شوند که نشان دهند نمی‌توانیم از پسِ شرایط برآییم، ممکن است احساس ناتوانی و ناامیدی کنیم. پزشکانی که در حوزه‌ی کوچک اما تخصصیِ پزشکی روان‌تنی (Psychosomatic Medicine) فعالیت می‌کنند—و معتقدند که ذهن قدرت تأثیرگذاری بر سلامت را دارد—بر این باورند که داشتن یک نگرش

ناتوان/ناامید، ما را در برابر انواع بیماری‌های جسمی؛ آسیب‌پذیر می کند.

اصل تأثیر اطّلاعات بر بدن

این ایده که پیام‌ها می‌توانند بر بدن ما تأثیر بگذارند، ممکن است بدیهی به نظر برسد .در نهایت، این همان اصلی است که باعث می‌شود یک تماس تلفنی فعالیتی را تحریک کند، یا یک سیگنال الکترونیکی حرکت یک ماشین را هدایت کند، یا نرم‌افزار یک کامپیوتر عملکرد سخت‌افزار آن را کنترل نماید.

بااین‌حال، این اصل نه‌تنها در پزشکی غربی نادیده گرفته شده، بلکه به‌طور فعالانه‌ای در برابر آن مقاومت شده است .ذهن به‌سادگی اعتبارِ تأثیرگذاری بر بدن را دریافت نکرده است.

ارتباط بین اطّلاعات و مادّه

دلیل این امر، ناتوانی در تشخیص این واقعیت است که اطّلاعات و مادّه، دو جنبه از یک رویداد یا ساختار هستند. همه‌ی سطوح یک فرد، همان‌طور که در شکل ۶ نشان داده شده است، هر دو جنبه‌ی مادّی و اطّلاعاتی را دارند.

وقتی برای اولین بار تصمیم گرفتم که این شکل را ترسیم کنم، بسیار شگفت‌زده شدم: حتی واژه‌هایی برای توصیف جنبه‌های اطّلاعاتی برخی از ساختارهای این نقشه نداریم!

برای مثال:

. “ذهن ؛ یک مفهوم اطّلاعاتی یا الگویی است که تقریباً معادل “مغز است (هرچند که سایر بخش‌های بدن نیز در آن نقش دارند).

. “نظم اجتماعی، اگرچه عبارتی ناشیانه به نظر می‌رسد، اما به الگوهای روابط درون گروه‌های انسانی اشاره دارد.

. اما چه واژه‌ای معادل "اندام یا مولکول" در سطحِ اطّلاعاتی است؟ چنین اصطلاح عمومی‌ای وجود ندارد، بنابراین من برخی نمونه‌های خاص را ارائه داده‌ام.

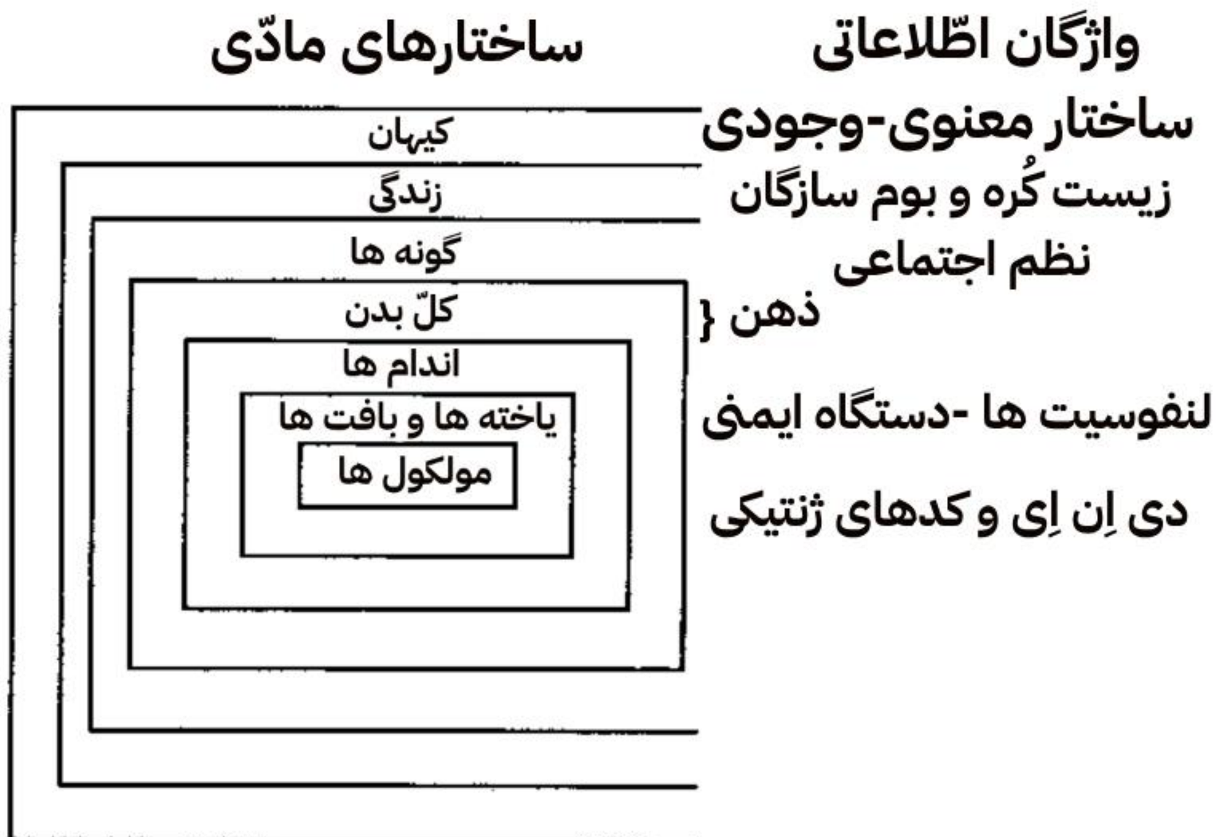
. بهترین اصطلاحی که برای توصیف جنبه‌ی اطّلاعاتی جهانِ طبیعی به ذهنم رسید، اکوسیستم یا زیست‌کره بود.

کیهان و نظم معنوی در این مدل به‌گونه‌ای با یکدیگر هم‌ارز در نظر گرفته شده‌اند—به این معنا که معنویت را می‌توان به‌عنوان یک ویژگی برآمده از سازمان‌یافتگی کلّ جهان، مشابه آنچه ذهن در مغز است، در نظر گرفت.

آیا این مدل کامل است؟

بی‌تردید، این مدل؛ ساده‌سازی‌هایی دارد و صرفاً یک ابزار فکری است. ذهن و روح احتمالاً بسیار فراتر از این هستند و شاید حتی جنبه‌های غیرمادّی‌ای داشته باشند

که در مُدلی مانند شکل ۶ نمی‌توان آن‌ها را جای داد.



شکل ۶

نقشه‌ی ساختاری یک فرد که از شکل ۵ پیروی می‌کند.

در سمت راست، اصطلاحات اطّلاعاتی (مطابق با توضیحات متن) اضافه شده‌اند که با سطوح مختلف ساختاری متناظر هستند.

به این ترتیب:

ذهن یک اصطلاح اطّلاعاتی یا الگویی است که تقریباً معادلِ مغز در سطح ساختاری است.

کد ژنتیکی محتوای اطّلاعاتی DNA را توصیف می‌کند.

این مفاهیم چه اهمیتی برای فرآیند درمان دارند؟

هر یک از ما دارای سطوح متعددی هستیم (نگاه کنید به شکل ۵.) هنگامی که یکی از این سطوح تغییر کند، به‌ناچار تمام سطوح دیگر نیز، حداقل تا حدّی، تحت تأثیر قرار می گیرند.

هر تغییری که در هر سطح رخ دهد، هم ساختار مادّی و هم الگوی سازماندهی یا اطّلاعات آن ساختار را تغییر می‌دهد—زیرا مادّه و الگوی چیدمان آن، دو ویژگی ضروری هر شیء یا رویداد هستند (شکل ۶)

از آنجا که تغییرات در الگو/اطّلاعات، تغییرات مادّی را به دنبال دارد، می‌توان مشاهده کرد که پیام‌ها و اطّلاعات، چه از درون و چه از بیرون، تأثیر قدرتمندی بر وضعیت بدن ما دارد.

مشکل پزشکی مدرن و غفلت از تأثیر اطّلاعات بر بدن

پزشکی زیستی مدرن، نقش اطّلاعات در تغییر وضعیت بدن را نادیده گرفته است . نتیجه‌ی این غفلت، یک سیستم پزشکی است که تقریباً به‌طور کامل بر مادّه تمرکز دارد؛ به این معنا که تنها روش درمان یک

تومور، بریدن، پرتودرمانی یا مسموم کردن آن (شیمی درمانی) است!

اما ما می‌دانیم که پیام‌ها می‌توانند بر سلامت اثر بگذارند—شواهد آن در اطراف ما کاملاً آشکار است.

ذهن، اطّلاعات و تأثیر آن بر سلامت جسم

یک ایده یا نگرش، هم یک رویداد اطّلاعاتی است و هم یک رویداد فیزیکی/مادّی، زیرا با تغییرات شیمیایی و الکتریکی در مغز و سایر قسمت‌های بدن همراه است.

یک ایده می‌تواند به‌اندازه‌ی یک حمله‌ی فیزیکی مستقیم بر بدن تأثیر بگذارد— به‌عنوان مثال، یک تماس تلفنی غیرمنتظره که به شما اطلاع دهد یکی از اعضای خانواده در یک تصادف رانندگی کشته شده است، می‌تواند واکنش‌های شدید فیزیکی مانند شوک، افزایش ضربان قلب، یا حتی بی‌هوشی ایجاد کند.

درمان مبتنی بر پیام‌ها و اطّلاعات

منطق پشت روش‌های درمانی مکمل و خودمحور برای بیماری‌های جسمی که در این کتاب پیشنهاد شده است، و همچنین

منطق بسیاری از روش‌های “درمان سنّتی، این است که اطّلاعات یا پیام‌هایی که در ذهن ما جریان دارند، و همچنین اطّلاعاتی که از سطوح بالاتر (مانند سطح اجتماعی یا معنوی) دریافت می‌کنیم، می‌تواند تأثیر قابل‌توجهی بر سلامت جسم ما داشته باشد.

نیاز به تغییر برای تأثیرگذاری بر سرطان

برخی از مشکلات سلامتی عمدتاً به دلیل عوامل خارجی ایجاد می‌شوند، مانند تصادفات یا عوامل عفونی .بااین‌حال، بسیاری از بیماری‌ها—از جمله بیشتر

بیماری‌های مهم در جوامع غربی مانند بیماری قلبی و سرطان—به دلیل شرایطی که در طول زمان در بدن ایجاد می‌شوند، رخ می‌دهند.

در فصل ۲، این احتمال را بررسی کردیم که سلول‌های بالقوه سرطانی همواره در بدن تولید می‌شوند، اما معمولاً توسط مکانیسم‌های کنترلی طبیعی بدن مهار می‌شوند.

نتیجه‌ی عملی مهم: تغییر محیط داخلی بدن برای کاهش رشد سرطان

این موضوع ما را به یک نتیجه‌ی بسیار مهم می‌رساند: ما می‌توانیم انتظار داشته باشیم که با تغییر شرایط داخلی بدن، سرعت رشد سرطان را تغییر دهیم.

در واقع، سرطان، به نوعی یاد گرفته است که تحت شرایطی که در آن قرار دارد رشد کند.

این سلول‌ها تکامل یافته‌اند و انواع جدیدتری را تولید کرده‌اند که برخی از آن‌ها در شرایط موجود، سریع‌تر از بقیه رشد می‌کنند.

بنابراین استراتژی ما این است که وضعیت بدن را چنان تغییر دهیم که ادامه‌ی رشد سرطان دشوار یا حتی غیرممکن شود.

آیا این تغییر در محیط بدن واقع‌بینانه است؟

شواهدی که به‌طور مختصر در فصل ۲ به آن‌ها اشاره شد، نشان می‌دهد که این یافته ها حاصل می شود:

. در بررسی سیستماتیک بافت‌های انسانی و حیوانی، اغلب سرطان‌های خاموش یا نهفته یافت می‌شوند که

برای سال‌ها در حالت غیرفعّال باقی مانده‌اند.

. پس از برداشتن یک تومور اولیه‌ی سرطان پستان، ممکن است فرد برای ۲۰ سال یا بیشتر؛ بدون علائم بیماری بماند، اما ناگهان با **موجی** از متاستازها مواجه شود.

این پدیده تقریباً قطعی؛ به دلیل تغییر شرایط در بدن رخ می‌دهد و بسیار محتمل است که رویدادهای ذهنی یا اجتماعی در این تغییرات نقش داشته باشند.

نقش بیمار در فرآیند درمان

در پزشکی غربی، بیشتر مداخلات خارجی هستند و بیمار اغلب به‌عنوان یک فرد منفعل در نظر گرفته می‌شود.

در مقابل، بیماری که به‌طور فعّال در فرآیند درمان مشارکت دارد، تغییراتی را از درون آغاز خواهد کرد.

می‌توان این تغییرات را به‌عنوان تلاشی برای تنظیم مجدد فرآیندهای تنظیم‌کننده‌ی بدن از درون در نظر گرفت—**یک شیمی‌درمانی داخلی، هرچند به شکلی کاملاً ایمن و غیرسمّی.**

نقش ذهن در تنظیم دوباره‌ی بدن و تأثیر آن بر سرطان

نیروی اصلی در این تنظیم مجدد؛ ذهن فردِ بیمار، است.

اگر در مورد قدرت ذهن تردید دارید، شواهدی را که در فصل ۵ بررسی کردیم به یاد آورید—شواهدی که نشان می‌دهند ذهن بر سرطان و بر بیماری‌ها به‌طور کلی تأثیر دارد.

همچنین به تفاوت عمیق احساس خود در شرایط روحیه‌ی بالا و در زمان افسردگی فکر کنید.

تأثیر مستقیم ذهن بر فیزیولوژی بدن

این تفاوت‌های احساسی، در واقع بازتاب تفاوت‌های چشمگیر در عملکردهای فیزیولوژیکی بدن هستند:

الگوهای امواج مغزی بسته به حالات روحی و فرآیندهای فکری تغییر می‌کنند (این تغییرات را می‌توان با ابزارهای تصویربرداری مدرن مشاهده کرد)

ضربان قلب و الگوی جریان خون در بدن تحت تأثیر افکار و احساس قرار دارند.

الگوهای تنفس عمیقاً با حالات روحی تغییر می‌کنند—برای مثال، در هنگام

ترس، نفس خود را حبس می‌کنیم یا سریع و کم‌عمق نفس می‌کشیم، در حالی که در حالت آرامش، تنفس آهسته و عمیق می‌شود.

تعدیل‌های ظریف‌تری نیز در گردش سلول‌ها و مولکول‌های بدن تحت تأثیر حالات ذهنی رخ می‌دهد؛ برای مثال، کورتیکواستروئیدها(هورمون‌های استرس)می‌توانند باعث خروج برخی از سلول‌های ایمنی از جریان خون شوند.

بنابر این، این فرض معقول است که حالات ذهنی می‌توانند بر مناسب بودن

محیط داخلی بدن برای رشد سرطان تأثیر بگذارند، همان‌طور که قبلاً بحث کردیم.

توصیه‌های عملی برای مقابله با سرطان از طریق تنظیم حالات ذهنی

بااین‌حال، هنوز اطّلاعات کافی در مورد ارتباط دقیق بین حالت ذهنی و رشد سرطان در دسترس نیست تا بتوان توصیه‌های کاملاً مشخص و جزئی ارائه داد.

تحقیقات در این حوزه و به‌طور کلی در مورد استفاده از اطّلاعات به‌عنوان ابزاری

برای تأثیر بر فیزیولوژی، هنوز در مراحل ابتدایی است.

همچنین احتمال دارد که بهترین حالت ذهنی برای مقابله با سرطان در افراد مختلف، یا حتی برای انواع مختلف سرطان، متفاوت باشد.پاسخ به این سؤالات، بدون شک پیچیده خواهد بود.

اما می‌توانیم یک فرض منطقی داشته باشیم:

ایجاد بهترین وضعیت تعادل در بدن، باید به مقابله با هر نوع بیماری، از جمله سرطان، کمک کند.

تعادل در بدن یعنی چه؟

به نظر می‌رسد گفتن اینکه **بهترین** راه مبارزه با سرطان، ایجاد تعادل یا سلامت در بدن است یک **گزاره‌ی تکراری** باشد.

اما برای شفاف‌تر کردن این توصیه، مفهوم اتّصال و پیوستگی را دوباره معرفی می‌کنم.

(Connectedness)

پیش‌تر از این اصطلاح استفاده کرده‌ام، اما اکنون، با درک بیشتر ما از جنبه‌های اطّلاعاتی و الگویِ رویدادهای درون بدن، می‌توانیم آن را بهتر درک کنیم.

اتّصال و پیوستگی به‌عنوان اساس سلامت

پیوستگی به معنای جریان آزاد اطّلاعات بین سطوح مختلف یک فرد است—ازجمله سطح ذهنی، اجتماعی و معنوی.

پیشنهاد من این است که سلامت، نه بر اساس حداکثر میزان جریان اطّلاعات، بلکه بر اساس سطح بهینه‌ی پیوستگی تعیین می‌شود.

زیرا همان‌طور که اطّلاعات کم می‌تواند مضر باشد، تحریک بیش از حدّ نیز می‌تواند آسیب‌زا باشد.

بنابراین، سلامت ایده‌آل بر ایجاد یک جریان مداوم اما متعادل از پیام‌ها بین سطوح مختلف بدن و ذهن استوار است.

آیا شواهدی برای قدرت درمانی **پیوستگی** وجود دارد؟

قدرت درمانی پیوستگی مستقیماً توسط پزشکی زیستی مدرن آزمایش نشده است، زیرا این علم هنوز با چنین مفاهیمی کار نمی‌کند.

بااین‌حال، این مفهوم در اشکال مختلف در کار بسیاری از درمانگران و فرهنگ‌های گوناگون دیده می‌شود.

پیوستگی، تعادل و هماهنگی: مفاهیمی که از دیرباز با سلامت گره خورده‌اند

در طول تاریخ، تعادل، هماهنگی و یکپارچگی تقریباً مترادف با سلامت در نظر گرفته شده‌اند.

حتی واژه‌ی healing (شفا) از واژه‌ی قدیمی انگلیسی haelen به معنای **یکپارچه ساختن** گرفته شده است.

متخصصان پزشکی روان‌تنی
(psychosomatic medicine)بارها تأکید کرده‌اند که رویدادهای ذهنی و اجتماعی بر سلامت جسمی تأثیر

می‌گذارند؛ برای مثال، مدل زیستی-روانی-اجتماعی (biopsychosocial model) که توسط جورج انگل (George Engel)، روانپزشک برجسته، معرفی شد.

ارتباط پیوستگی با درمان سرطان

برخی از پیشگامان درمان سرطان، مانند لورنس لشان(Lawrence LeShan) ، بر اهمیتِ یافتن معنای واقعی زندگی توسط بیماران سرطانی تأکید کرده‌اند—به‌عبارت‌دیگر، اتّصال به هدفی اصیل و واقعی در زندگی.

A.M. De la Penaدر یکی از آثار مهم، اما کمتر مورد توجه قرار گرفته‌ی خود استدلال می‌کند که سرطان به‌طور خاص در شرایطی رشد می‌کند که جریان اطّلاعات در بخش‌های مختلف بدن بیش از حد **زیاد** یا بسیار **کم** باشد.

آیا فقدان پیوستگی باعث بیماری می‌شود؟

یکی از روش‌های آزمایشِ اعتبارِ ارتباط بین پیوستگی و درمان این است که بررسی کنیم آیا جدایی بین بخش‌ها و سطوح

مختلف یک فرد، بیماری را تسهیل می‌کند؟

در سطح بافت‌ها :اتّصال به جریان خون و اعصاب برای سلامت ضروری است.

یک تحقیق جالب نشان داده است که اگر یک ورقه‌ی پلاستیکی درون بافت‌ها قرار داده شود، تومورها تمایل دارند در **هر دو طرف** این ورقه تشکیل شوند.

بااین‌حال، اگر قبل از قرار دادن ورقه‌ی پلاستیکی، سوراخ‌های کوچکی در آن ایجاد شود، این تومورها شکل نمی‌گیرند**!**

این یافته‌ها نشان می‌دهند که مشکل از خودِ مادّه‌ی پلاستیکی نیست، بلکه از اختلال در ارتباط میان بافت‌ها ناشی می‌شود.

در سایر سطوح نیز، فقدان پیوستگی می‌تواند مشکلاتی ایجاد کند:در سطح ذهنی :آگاهی ناکافی از امیال ناخودآگاه می‌تواند منجر به افکار و رفتارهای روان‌رنجورانه (نوروتیک) شود.

در سطح اجتماعی :داشتن **حمایتِ اجتماعیِ** کافی، به ارتقای سلامت کمک می‌کند؛ در مقابل، فقدان حمایت

اجتماعی، مانند از دست دادن یک عزیز، می‌تواند فرد را مستعد بیماری کند.

در سطح معنوی :درمان در این سطح، تلاشی برای کاهش جدایی بین فرد و یک قدرت برتر یا خداوند است.

پیوستگی و سلامت: یک اصل منطقی اما اثبات‌نشده در علم مدرن

ممکن است ایده‌ی اینکه **پیوستگی با شفا** همراه است، چیزی شبیه به عقل سلیم به نظر برسد. ما این مفهوم را در بسیاری از جنبه‌های زندگی خود می‌بینیم:

خانواده‌ها، سازمان‌ها، شهرها و ملّت‌ها همگی زمانی بهتر عمل می‌کنند که ارتباطات در آن‌ها قوی باشد.

به نظر می‌رسد که **وضعیت طبیعی** یک فرد، حالتی است که در آن، ارتباط آزادانه بین بخش‌های مختلف بدن و ذهن، و همچنین بین فرد و دیگران، برقرار باشد.

بااین‌حال، باید آگاه باشیم که این ایده هنوز به‌طورِ علمی آزمایش نشده است و بیشتر بر شهود و قیاس استوار است.

رویکرد ما در فصل‌های بعدی

در فصل‌های بعدی، هدف ما یافتن راه‌هایي برای پرورش پیوستگی و یکپارچگی در درون خود خواهد بود.

این **خود** شامل سطوح بالاتر از فرد، مانند سطح اجتماعی و معنوی نیز می‌شود.

علاوه بر این، از تکنیک‌هایي مانند تجسم (imagery)و تلقین به خود

(self-suggestion) برای تأثیرگذاری بر فرآیندهای فیزیکی و ذهنی استفاده خواهیم کرد.

درمان به‌عنوان یک سفر

تا اینجا، به‌وضوح مشخص شده است که من طرفدار هیچ راه‌حل جایگزین و ساده ای، مانند مکمّل‌های غذایی یا ترفندهای روان‌شناختی برای مقابله با سرطان نیستم.

در عوض، من یک فرآیند را پیشنهاد می‌کنم—یک سفر—با هدف بازیابی پیوستگی و ارتباط با تمام جنبه‌های وجودی خودمان.

این فرآیند نیازمند تلاش، زمان و تغییر است؛

نیاز به یادگیریِ مهارت‌هایِ جدید دارد و همچنین نیازمند تغییر درک ما از خود و جهان پیرامون دارد.

در نهایت، این سفر، سفری برای کشف خود است—مسیر قهرمان که در بسیاری از فرهنگ‌ها شناخته شده و توسط جوزف کمبل (Joseph Campbell) به‌زیبایی توصیف شده است.

ارتباط میان درمان و درک عمیق‌تر از خود و جهان

درمان و فهم، ارتباطی تنگاتنگ با یکدیگر دارند؛ در وسیع‌ترین معنای کلمه، درمان،

همان درک و تجربه‌یِ رابطه‌یِ بین تمامی جنبه‌های وجودی ما، و همچنین رابطه‌ی بین ما و دنیای بیرونی است.

بنابراین، دیدگاه من اصلاً جدید نیست؛ بلکه صرفاً نمونه‌ای خاص از فرآیند تکامل فرد به‌سمت یکی شدن با چیزی بزرگ‌تر است—اگرچه در این مورد، این سفر با امیدِ بهبودِ جسمی آغاز می‌شود.

بیماری به‌عنوان یک انگیزه برای رشد و معنا

بیماری به‌عنوان یک انگیزه عمل می‌کند و واکنش یک بیمار استثنایی، جستجویی برای یافتن معنا و یکپارچگی است.

این موضوعی است که در ادامه‌ی کتاب، بار دیگر به آن بازخواهیم گشت.

۷

استراتژی‌هایی برایِ درمان خودمحور

پذیرش درمانِ خودمحور: گام بعدی چیست؟

بیایید این احتمال را بپذیریم که با ایجاد تغییراتی که از ذهن آغاز می‌شود، می‌توانیم به خود در مقابله با سرطان کمک کنیم.

اکنون، سؤال عملی این است:

چه باید بکنم؟

در این فصل و سه فصل بعدی، استراتژی خودیاری را ارائه خواهم داد که بر مبنای افزایش پیوستگی میان تمامی جنبه‌های وجودی ما بنا شده است.

هدف این فصل‌ها چیست؟

. ارائه‌ی یک دید کلی از امکانات موجود.

. نقشه‌ی راه این سفر.

. معرفی روش‌های درمانی مختلف و بررسی نقش آن‌ها در دستیابی به هدف نهایی است.

با داشتن این اطّلاعات، بهتر خواهید توانست مسیر شخصی خود را برای درمان انتخاب کنید و آموزش‌ها و کمک‌های موردنیاز را بیابید.

پیوستگی: یک استراتژی مبتنی بر تجربه و نظریه

این استراتژی، تصادفی و بی‌پایه نیست، بلکه بر پایه‌ی حجم وسیعی از تجربه و نظریه؛ استوار است.

پیش‌زمینه‌ی نظریِ آن در فصل ۶ شرح داده شد.

تجربه‌ی عملی؛ از منابع مختلفی به دست آمده است، از جمله :

برنامه‌های درمانی در مؤسسه‌ی سرطان انتاریو

تجربیات شخصی من از مقابله با سرطان. کتاب‌ها، مقالات، کارگاه‌ها و گفت‌وگوها با درمانگران، به‌ویژه در آمریکای شمالی، که

سال‌هاست تکنیک‌هایِ ذهنیِ کمکی را به بیمارانِ سرطانی آموزش می‌دهند.

اتفاق نظر متخصصان درمانی درباره‌ی اهمیت پیوستگی

جالب اینجاست که میان این متخصصان، سطح بالایی از توافق وجود دارد.

واکنش بسیاری از آن‌ها به مفهوم **پیوستگی** این است: البته که همین‌طور است!

بااین‌حال، باید به این موضوع توجه داشت که:

تحقیقات علمی اندکی به‌طور مشخص ارتباط بین پیوستگی و سلامت جسمانی را بررسی کرده‌اند.

این ایده هنوز یک نظریه‌ی رایج در علم پزشکی نیست.

همه‌ی متخصصان سلامتِ روان نیز لزوماً با فلسفه‌ی این کتاب موافق نیستند، هرچند که در مقایسه با افرادی که آموزش روان‌شناختی ندیده‌اند، احتمال پذیرش این دیدگاه در آن‌ها بیشتر است.

محدودیت‌های دانشِ کنونی و مسیر پیش رو

توصیف‌های ارائه‌شده در این کتاب، بیشتر بر مبنای برداشت‌های گروهی منتخب از متخصصانِ سلامت و تجربیاتِ ذهنی است، نه داده‌هایِ علمیِ قطعی.

به نظر می‌رسد که استراتژی کلّی برای بهبود سلامت مفید است، اما جزئیاتِ بهترین روش‌های اجرای آن؛ هنوز کاملاً روشن نیستند.

در فصل‌های بعدی، روش‌های عملی و کاربردی برای افزایش پیوستگی و تقویت فرآیندِ **خوددرمانی** را بررسی خواهیم کرد.

مراحل سفر درمانی

تجربیات افراد در فرآیند خوددرمانی را می‌توان در سه مرحله‌ی اصلی دسته‌بندی کرد که به‌نوعی مراحل سفرِ درمانی را نشان می‌دهند.

این مراحل ممکن است در زمان با هم همپوشانی داشته باشند، و برخی افراد ممکن است از مرحله‌ی اول فراتر نروند. اما برای کسانی که این مسیر را ادامه می‌دهند، هر سه مرحله معمولاً قابل تشخیص هستند.

مرحله‌ی به‌دست گرفتن کنترل

یادگیری اینکه چگونه می‌توان کنترل واکنش‌های ذهنی و جسمی خود به محیط را به‌دست گرفت.

این مرحله بر افزایش آگاهی نسبت به واکنش‌های خود به افکار و محرک‌هایِ بیرونی تمرکز دارد تا بتوانیم آن‌ها را تغییر دهیم.

برنامه‌هایِ درمانیِ ما معمولاً با بحث درباره‌ی مدیریتِ استرس آغاز می‌شود، زیرا بیشتر افراد این موضوع را مرتبط با خود می‌دانند.

روش‌های کلیدی در این مرحله:

آموزش تکنیک‌هایِ عمیقِ آرام‌سازی یا Deep Relaxation

کمک به کاهشِ تنشِ عضلانیِ و خنثی کردن برخی از اثرات استرس

نشان دادن تأثیر ذهن بر بدن

افزایش آگاهی نسبت به افکار خود

یادگیری اینکه چگونه جریان افکار انتقادی و منفی را متوقف کنیم.

جایگزین کردن آن‌ها، حداقل تا حدّی، با افکارِ مثبت‌تر.

استفاده از تصویرسازی ذهنی (Mental Imaging)

تصور اینکه سیستم ایمنی بدن، سرطان را شکست می‌دهد.روشی که بسیاری از درمانگران برای تأثیرگذاری بر فرآیندهای بدنی توصیه کرده‌اند

تقویت احساس کنترل فرد بر بدن خود

پذیرش و ابراز صحیح احساس

تغییر درونی از طریق شناخت و ابراز مناسب احساس

بهبود تعاملات اجتماعی (ارتباط بهتر با دوستان و خانواده)

ایجاد تغییرات در سبک زندگی و شفاف‌سازی اهداف شخصی

روحیه‌ی مبارزه‌طلبی و اراده‌ی قوی برای زندگی می‌تواند به افراد در مقابله با سرطان کمک کند، و تکنیک‌های این مرحله به تقویت چنین نگرشی کمک خواهند کرد.

آیا همه‌ی افراد وارد مراحل بعدی می‌شوند؟

بسیاری از افراد تصمیم می‌گیرند که یادگیری تکنیک‌های این مرحله—یعنی **به‌دست گرفتن کنترل**—تمام چیزی است که می‌خواهند انجام دهند.

۲ .مرحله‌ی اتّصال و پیوستگی (Getting Connected)

کسانی که عمیقاً در مسیر خوددرمانی درگیر می‌شوند، به مرحله‌ی دوم، یعنی اتّصال و پیوستگی وارد می‌شوند.

این مرحله:

- دیدگاهی گسترده‌تر و پخته‌تر دارد.
- درحالی‌که کنترل هنوز اهمیت دارد، تأکید اصلی روی **درک عمیق‌تر خود** است.

تکنیک‌های کلیدی در این مرحله

مشاهده‌ی ذهن (Self-Observation) و ثبت در دفتر روان‌شناختی.

نوشتن وقایع احساسی مهم و تحلیل آن‌ها.

کشف الگوهای فکری و احساسی ناخودآگاه.

روان‌درمانی

- کمک به درک فرآیندهای فکری ناخودآگاه

- کمک به شناخت عمیق‌تر از خود

. استفاده‌ی پیشرفته‌تر از تصویرسازی ذهنی

- تصور ملاقات و مشورت با شفادهنده‌ی درونی (Inner Healer)
- تصور تغییرات دلخواه در روابط بین‌فردی و کار کردن روی آن‌ها

. مدیتیشن Meditation

نه‌تنها مزایای مشابهی با آرام‌سازی دارد، بلکه اتّصال به بُعد معنوی را آغاز یا تقویت می‌کند.

درک جدید: جهان را خودمان می‌سازیم و به همه چیز متصل هستیم

این تمرین‌ها به این آگاهی منجر می‌شوند که ما تا حد زیادی، دنیای خود را خلق می‌کنیم.

هر چیزی که انجام می‌دهیم، و هر اتفاقی که ظاهراً در بیرون رخ می‌دهد، تأثیری بر ذهن و بدن ما دارد.

۳ .مرحله‌ی **جستجوی معنا**

Search For Meanining

ادامه‌ی این کشف درباره‌ی پیوستگی، اغلب به جستجویی برای یافتن معنای زندگی تبدیل می‌شود.

این جستجو، یک مفهوم انتزاعی یا فلسفیِ دور از ذهن نیست!

معنا از طریق روابط ایجاد می‌شود—

. ارتباط میان بخش‌های مختلف وجود ما (مانند بدن، ذهن و روح)،

. و ارتباط ما با دیگر افراد و رویدادها.

روش‌های کلیدی در این مرحله

. مرور زندگی(Life Review)

- کشف الگوهای تکرارشونده در زندگی
- درک روابط پنهان بین رویدادهای ظاهراً بی‌ارتباط
- روشن شدن اولویت‌های آینده

. یافتن معنا در بیماری

- عجیب به نظر می‌رسد، اما بسیاری از افراد از طریق سرطان به درک عمیق‌تری از زندگی خود می‌رسند.
- یکی از روش‌های این کار، سفر ذهنی به درون بخشی از بدن است که درگیر سرطان شده است.

. افزایش پیوستگی اجتماعی

- در این مرحله، روابط انسانی و اجتماعی اهمیت بیشتری پیدا می‌کنند.
- اهداف فردی و مادّی ممکن است جای خود را به اولویت‌های عمیق‌تر بدهند.

. اتّصال معنوی (Spiritual Connection)

- برای افرادی که زندگی‌شان در معرض تهدید است، معنویت به یک اولویت تبدیل می‌شود.

- این پیوند معنوی را می‌توان از طریق روش‌های مختلف تقویت کرد :
  - مدیتیشن
  - مطالعه‌ی متون معنوی و فلسفی
  - تفکر و تأمل درونی
  - دعا و نیایش
  - گفت‌وگو با دیگران در این مسیر مشترک

. ایجاد آمادگی ذهنی برای درک و ارتباط با یک کلّ بزرگ‌تر، به هر شکلی که برای فرد معنا دارد.

. استفاده از ایده‌ی سطوح برای سازماندهی تلاش‌های خود

. به‌طور متناقض، فردی که تصمیم می‌گیرد به خود کمک کند، با چنین حجم گسترده‌ای از ایده‌ها در قالب کتاب‌های عامه‌پسند، مقالات و برنامه‌های رسانه‌ای مواجه می‌شود که

به‌راحتی ممکن است دچار سردرگمی شود. بخش زیادی از این اطّلاعات مربوط به رژیم غذایی یا سایر درمان‌های بیرونی است که می‌توان آن‌ها را بر اساس معیارهای مطرح‌شده در فصل ۴ به‌طور انتقادی ارزیابی کرد. اما مقدار زیادی اطّلاعات و طیف وسیعی از تکنیک‌های درمانی نیز برای کمک به خود از درون؛ در دسترس است. داشتن یک طرح یا سیستم برای

جای دادن رویکردهای مختلف در آن می‌تواند مفید باشد. **مدل سطوح** برای این منظور بسیار کاربردی است. فکر می‌کنم متوجه خواهید شد که اکثر روش‌های درمانی که درباره‌ی آن‌ها می‌شنوید، در چارچوب کلی اتّصال بیشتر به تمامی سطوح وجودی ما جای می‌گیرند.

. شکل ۷ نسخه‌ای ساده‌شده از نمودارهای فصل ۶ است. این شکل

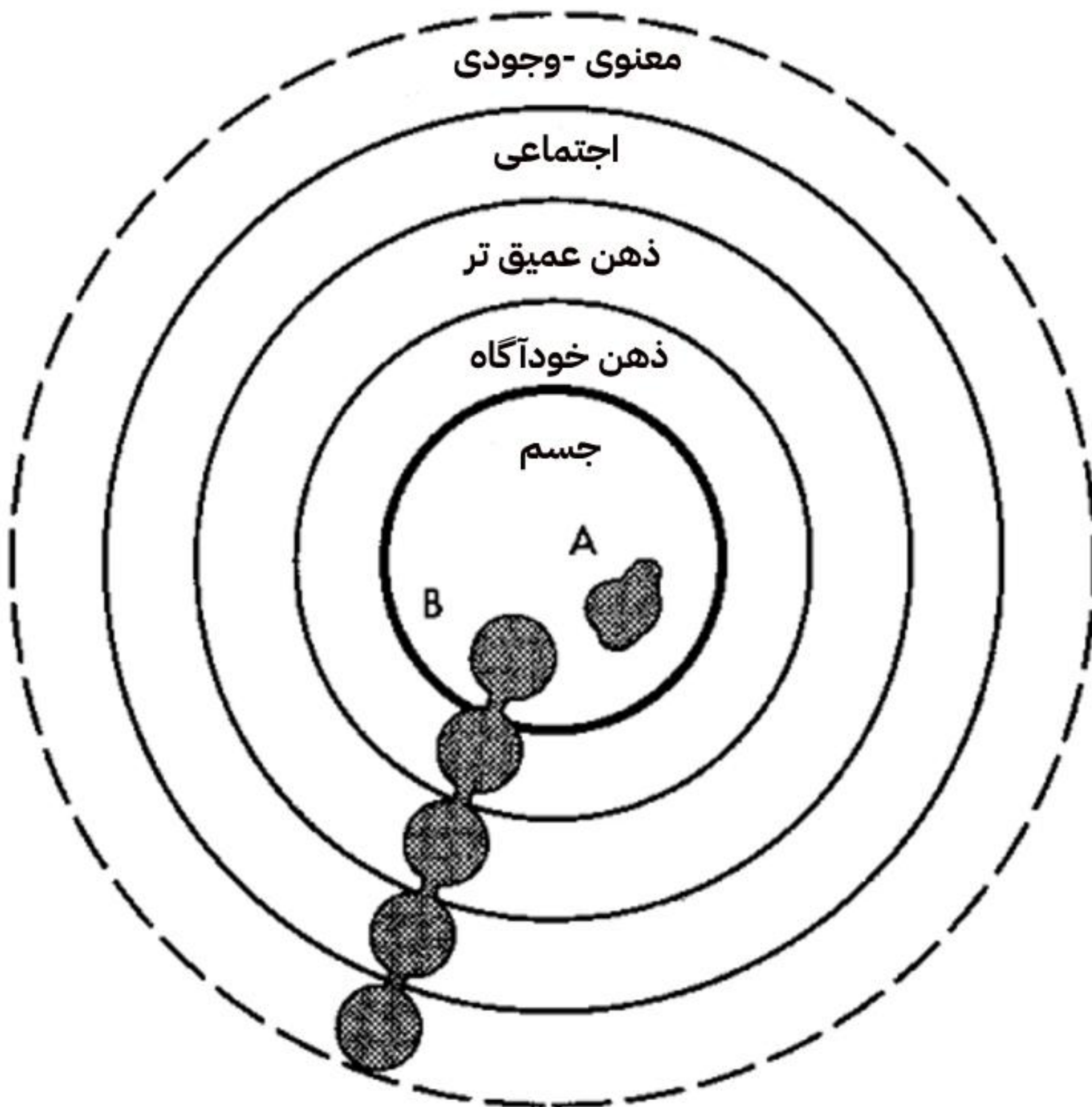
پنج سطح اصلی در فرد را نشان می‌دهد: بدن، ذهن آگاه، ذهن عمیق‌تر (که شامل احساس، به‌علاوه ایده‌ها و تخیلاتی است که معمولاً در آگاهی ما نیستند)، سطح اجتماعی و سطح معنوی یا وجودی. در ایجاد این نقشه، اصطلاحات مادّی و اطّلاعاتی (که در فصل ۶ موردبحث قرار گرفتند) را با هم ترکیب کرده‌ام؛ از نظر عملی، این ترکیب مناسب است. در ادامه،

تکنیک‌های مختلفی را که می‌توان برای ارتقای پیوستگی در هر یک از این بخش‌های وجودی به کار برد، موردبحث قرار خواهم داد.

بااین‌حال، باید در اینجا اشاره کرد که بیشتر درمانگران در برخی از این سطوح فعالیت می‌کنند و به سایر سطوح نمی‌پردازند. به‌عنوان‌مثال، بیشتر روان‌شناسان و روان‌پزشکانی که

روان‌درمانی انجام می‌دهند، با رویدادهای روان‌شناختی و اجتماعی سروکار دارند اما ممکن است حساسیت بالایی نسبت به ارتباط ذهن-بدن یا بُعد معنوی نداشته باشند. در حوزه‌های تخصصی خود، هر متخصص معمولاً در رویکردهای خاصی تخصص پیدا می‌کند و در آن‌ها مهارت بیشتری نسبت به سایر حوزه‌ها دارد. در برنامه‌ای که من در آن

مشارکت دارم، سعی می‌کنیم تمام این حوزه‌ها را پوشش دهیم، اما در انجام این کار، ناگزیر باید از برخی از جنبه‌های پیچیدگی که تخصص‌گرایی فراهم می‌کند، صرف‌نظر کنیم.



شکل ۷
سطوح یا ویژگی‌های اصلی یک فرد که می‌توان بر روی آن‌ها کار کرد تا سلامت را بازگرداند.

Aبیماری بر اساس دیدگاه زیست‌پزشکی (یعنی محدود به بدن)
Bبیماری بر اساس دیدگاهی گسترده‌تر و چندسطحی (یعنی تأثیرگذار بر تمامی سطوح یا ویژگی‌های فرد، و قابل تغییر در تمامی این سطوح)

کنترل در دست گرفتن

موضوعات اصلی	افزایش آگاهی از ارتباط ذهن و بدن .ما می‌توانیم تفاوتی در آنچه در بدنمان رخ می‌دهد ایجاد کنیم
بدن .۱	مراقبت از بدن :تغذیه، ورزش، استراحت .تکنیک‌های عمیق آرام‌سازی
ذهن خودآگاه .۲	آگاهی و کنترل افکار .بازی و سرگرمی .جملات تأکیدی مثبت /اراده
ذهن عمیق‌تر .۳	آگاهی و ابراز مناسب احساسات .تصویرسازی ذهنی برای .بهبود
اجتماعی .۴	ارتباط مؤثر .درخواست و پذیرش حمایت .فعالیت هدفمند / کار /خلاقیت
(وجودی) معنوی .۵	شروع آگاهی از وجود معنوی .مطالعه .آرام‌سازی ذهن .دعا
رویکردهای چندبعدی	کنترل استرس .شفاف‌سازی اهداف .تغییر سبک زندگی.
پیامدها	مسئولیت‌پذیری؟ سرزنش و احساس گناه؟ توانمندسازی . بهبود در خلق‌وخو و کیفیت زندگی .امید.

جدول ۱

استراتژی‌های درمان خودمحور (درمان از درون).

سه مرحله‌ی اصلی کار بر روی خود در بالای جدول نشان داده شده‌اند:

- به‌دست گرفتن کنترل
- اتّصال و پیوستگی
- یافتن معنا

پنج سطح یا جنبه‌ی اصلی فرد که می‌توان در آن‌ها کار کرد تا فرآیند خوددرمانی انجام شود، در سمت چپ فهرست شده‌اند.

ارتباط و معنا

(Finding Meaning) یافتن معنا	(Getting Connected) ایجاد ارتباط
همه رویدادها معنا یا رابطه‌ای دارند	ما دنیای خود را تا حد زیادی می‌سازیم .باید ارتباطمان با همه چیز را تجربه کنیم
یافتن معنا در رخدادهای بدنی مانند تنش عضلانی، علائم، (بیماری).بدن به‌عنوان یک وسیله	آگاهی بیشتر از ارتباطات ذهن-بدن .تکنیک‌هایی مانند یوگا، تای‌چی
مشاهده و رها کردن برخی ساختارهای ذهنی .آرامسازی ذهن/مانترا .یافتن معنا در سطوح غیرمادی	ناظر شدن بر افکار خودمان .نوشتن ژورنال روان‌شناختی . روان‌درمانی :فهم دفاع‌های روانی
گفت‌وگو با«درمانگر درون»و با بیماری .تفسیر رویاها . رهایی از واکنش‌های احساسی شدید	آگاهی از ارتباط بین افکار و احساسات .روان‌درمانی . تصویرسازی ذهنی برای اهداف گسترده‌تر، مانند رها کردن .کینه، تعیین هدف، مفهوم خود
وابستگی کمتر به دیگران .عشق بی‌قید و شرط .خدمت بی‌چشم‌داشت به دیگران	ابراز عشق و محبت به دیگرانکار روی (روابط).نوع‌دوستی
رها کردن نفس /عدم دلبستگی .اعتماد .کانالی برای اهداف برتر بودن	آرامسازی ذهن :مدیتیشن، دعا .جهت‌دهی زندگی به سوی ارتباط معنوی .مطالعه .دیدار با دیگران برای تمرین معنوی
نوشتن داستان زندگی .مشورت با »دانش درونی .«استفاده از«نور» .«رها کردن»کنترل شخصی	نوشتن ژورنال، روان‌درمانی، دریافت حمایت
یافتن معنا و هدف از طریق ادغام با نظم بزرگتر	ما بخشی از یک کل بزرگتر هستیم

توجه داشته باشید که من استراتژی‌های خودیاری را به سه مرحله تقسیم کرده‌ام (کنترل، پیوستگی و معنا)و پنج سطح کاری (بدن، ذهن آگاه، ذهن عمیق‌تر، اجتماعی و معنوی)را مشخص کرده‌ام، که در مجموع پانزده دسته ایجاد می‌کند. در جدول ۱ ، مفاهیم و تکنیک‌های اصلی مرتبط با هر یک از این دسته‌ها را فهرست کرده‌ام.

این تقسیم‌بندی‌ها برای کمک به درک بهتر حجم وسیعی از مطالب طراحی شده‌اند. البته، پس از تأکید بر این موضوع که هیچ مرز واقعی بین بخش‌های مختلف وجود ما وجود ندارد، کمی از این تقسیم‌بندی احساس شرمندگی می‌کنم! اما به نظر می‌رسد که ما با ایده‌هایی که به نوعی نظم دارند، بهتر کنار می‌آییم.

در بخش‌های بعدی، برخی از چالش‌هایی را که خودیاری برای افراد به همراه دارد بررسی خواهیم کرد و انتقادهایی را که برخی از متخصصان به این رویکرد وارد

کرده‌اند، مورد بحث قرار خواهیم داد. در سه فصل بعدی، محتوای جدول ۱ را با جزئیات بیشتری بررسی خواهیم کرد.

نقش اراده در خودیاری

اینکه آیا افراد تصمیم می‌گیرند برای مقابله با بیماری به خود کمک کنند یا خیر، و تا چه حد حاضرند پیش بروند، به ترکیبی پیچیده از انگیزه، باورها و موانع روان‌شناختی بستگی دارد.

شکل ۸ برخی از نقاط تصمیم‌گیری اصلی در مسیر درمان را نشان می‌دهد؛ این نقاط؛ دیدگاهی شخصی است که بر اساس تجربیات بالینی و درون‌نگرانه‌ی من شکل گرفته است.

اولین تصمیم این است که آیا فرد فراتر از دریافت درمان پزشکی، قصد دارد اقدامات خودیاری را نیز آغاز کند یا نه.

اکثریت مردم در حال حاضر این کار را انجام نمی‌دهند، که به نظر من عمدتاً به دو دلیل است:

۱. نادانی اجتماعی نسبت به آنچه ممکن است.
۲. ادعاهای افراطی که باعث سردرگمی شده و برخی افراد (ازجمله بسیاری از پزشکان) را از در نظر گرفتن جدی خودیاری دلسرد می‌کند.

موانع ذهنی و روان‌شناختی در مسیر خوددرمانی

برای اقلیت افرادی که تصمیم می‌گیرند ببینند چه کارهایی می‌توانند برای خود انجام دهند و کمک‌های معتبری پیدا

می‌کنند، هنوز هم موانع زیادی برای غلبه وجود دارد.

۱. داشتن حداقلی از باور به اینکه تلاش‌های ذهنی می‌توانند واقعاً تغییری فیزیکی ایجاد کنند.

- هرچه دیدگاه فرد؛ مادّی‌گرایانه‌تر باشد، پذیرش این ایده دشوارتر خواهد بود.
- اما اگر فرد ذهنی باز داشته باشد و مدتی تکنیک‌هایی مانند آرام‌سازی و مدیتیشن را یاد بگیرد و تمرین کند،

ممکن است با مشاهده‌ی فواید آن، شک و تردیدش کاهش یابد.

۲. تمایل واقعی و عمیق به زندگی، که به نوعی احساس هدفمندی نیز نیاز دارد.

- هیچ‌کس نمی‌خواهد رنج بکشد، و تعداد کمی از افراد آگاهانه تمایل به مرگ زودرس دارند.
- اما در لایه‌های زیرین ذهن، کمبود اشتیاق برای زندگی یا میل به فرار از موقعیت‌های ناامیدکننده (مانند

یک ازدواج ناموفق) رایج‌تر از آن است که تصور کنیم.

- چنین احساسی می‌توانند تلاش فرد برای بقا را تضعیف کنند.

نمونه‌ای از تأثیر نگرش‌های پنهان بر روند درمان

به‌وضوح به یاد دارم که مادری جوان به من گفت که اولین واکنش او پس از شنیدن تشخیص سرطان این بود:

“خدا را شکر! حالا می‌توانم از شغلم استعفا دهم!

چنین نگرش‌هایی می‌توانند آشکارا تلاش فرد برای بقا را تضعیف کنند.

در شکل ۸، این نگرش‌ها و سایر موانع را به‌عنوان بن‌بست‌هایی (Blind Alleys) نشان داده‌ام که مانع پیشرفت بیشتر در مسیر درمان می‌شوند.

باوجود باور و انگیزه، همچنان مبارزه‌ای مداوم برای انجام کارهای لازم جهت شناخت خود و ایجاد تغییرات وجود دارد.

این موضوع در مورد تمام آشکال روان‌درمانی مؤثر نیز صادق است:

- این فرآیند یک زحمت بی‌پایان و خسته‌کننده نیست—بلکه اغلب هیجان‌انگیز و عمیقاً ارزشمند است.
- بااین‌حال، ما تمایل داریم در الگوهای رفتاری و فکری‌ای گیر کنیم که تغییر آن‌ها بسیار دشوار است.
- ما از تغییر می‌ترسیم.

اغلب این موانع ناخودآگاه و ناشناخته هستند و بیماری می‌تواند حتی قوی‌ترین انگیزه‌ها را نیز تضعیف کند.

چگونه از این موانع عبور کنیم؟

- برای ادامه دادن به این مسیر فراتر از چند ماه اول، لازم است که این فرآیند به‌خودی‌خود جالب و ارزشمند شود.
- این درست مانند حفظ یک برنامه‌ی ورزشی است :
  - ما نیاز به پاداش آنی از احساس خوب هنگام انجام آن داریم، نه فقط یک هدف مبهم بلندمدت مانند حفظ تناسب اندام.
- در نهایت، و شاید این موضوع برای همه صدق نکند، من فکر می‌کنم افراد

نیاز دارند که اهدافی قانع‌کننده و انگیزه‌بخش پیدا کنند.

علاوه بر سلامت جسمی، افراد نیاز به اهدافی دارند که آن‌ها را به پیش ببرند—ترجیحاً هدفی فراتر از صرفاً بهزیستی شخصی خودشان.

ویکتور فرانکل (Victor Frankl) در کتاب خود درباره‌ی بازماندگان اردوگاه‌های کار اجباری به‌وضوح نشان می‌دهد که افرادی که توانستند زنده بمانند، کسانی بودند که اهدافی مانند

بازگشت نزد عزیزانشان را در ذهن داشتند.

میل به کمک به دیگران، با استفاده از بینش‌هایی که از کار روی خودمان به دست می‌آوریم، نیز می‌تواند یک انگیزه‌ی قدرتمند باشد.

چرا تنها تعداد کمی از افراد این مسیر را تا انتها طی می‌کنند؟

- برخی از افراد در اثر شدت بیماری متوقف می‌شوند.
- بسیاری زودتر؛ از این مسیر کنار می‌روند، زیرا قادر نیستند تغییرات لازم

را در زندگی خود ایجاد کنند—حتی زمانی که ظاهراً قانع شده‌اند که این تغییرات به آن‌ها کمک خواهد کرد.

در حال حاضر، تنها تعداد کمی از افراد این سفر درمانی را به‌طور کامل طی می‌کنند.

آیا این موضوع ناامیدکننده است؟

دیگر از این واقعیت؛ شگفت‌زده یا ناامید نمی‌شوم.

. جامعه‌ی مادّی‌گرای ما، انگیزه‌ی اندکی برای چنین تغییراتِ شخصیِ عمیقی به افراد ارائه می‌دهد.

. من خودم نیز دریافته‌ام که ایجاد تغییر
در خویشتن چقدر دشوار است.

امید به آینده

اما اگر بتوانیم از طریق آزمایش‌های علمی ثابت کنیم که پیوستگی (Connectedness)با بهبود جسمانی ارتباط دارد، و اگر این نوع کمک به‌عنوان بخشی از مراقبت‌های معمول بیماران سرطانی و دیگر بیماران ارائه شود، آنگاه این مسیر برای تعداد بسیار بیشتری از افراد جذاب‌تر خواهد شد.

پیامدهای پذیرش بخشی از مسئولیت در فرآیند خوددرمانی

اگر افراد به این باور برسند که می‌توانند از طریق تلاش‌های خود بر بیماری‌شان تأثیر بگذارند، چه اتفاقی می‌افتد اگر:

- تلاشی برای این کار نکنند؟
- تلاش کنند اما سرطان آن‌ها بدون تغییر باقی بماند؟

آیا آن‌ها احساس گناه نخواهند کرد؟ آیا خود را یک شکست‌خورده نخواهند دید؟

آیا توصیه به بیماران سرطانی برای کمک به خودشان، نوعی قربانی کردن افراد نیازمند نیست؟ و آیا برخی افراد، درمان پزشکی را رها کرده و به سراغ روش‌های تأییدنشده نخواهند رفت؟

این پرسش‌ها بازتاب انتقاداتی است که منتقدان محافظه‌کار؛ به فلسفه‌ی خودیاریِ کمکی (adjunctive self-help) که در این کتاب مطرح شده، وارد کرده‌اند.

این نگرانی‌ها جدی هستند و باید به آن‌ها پرداخته شود.

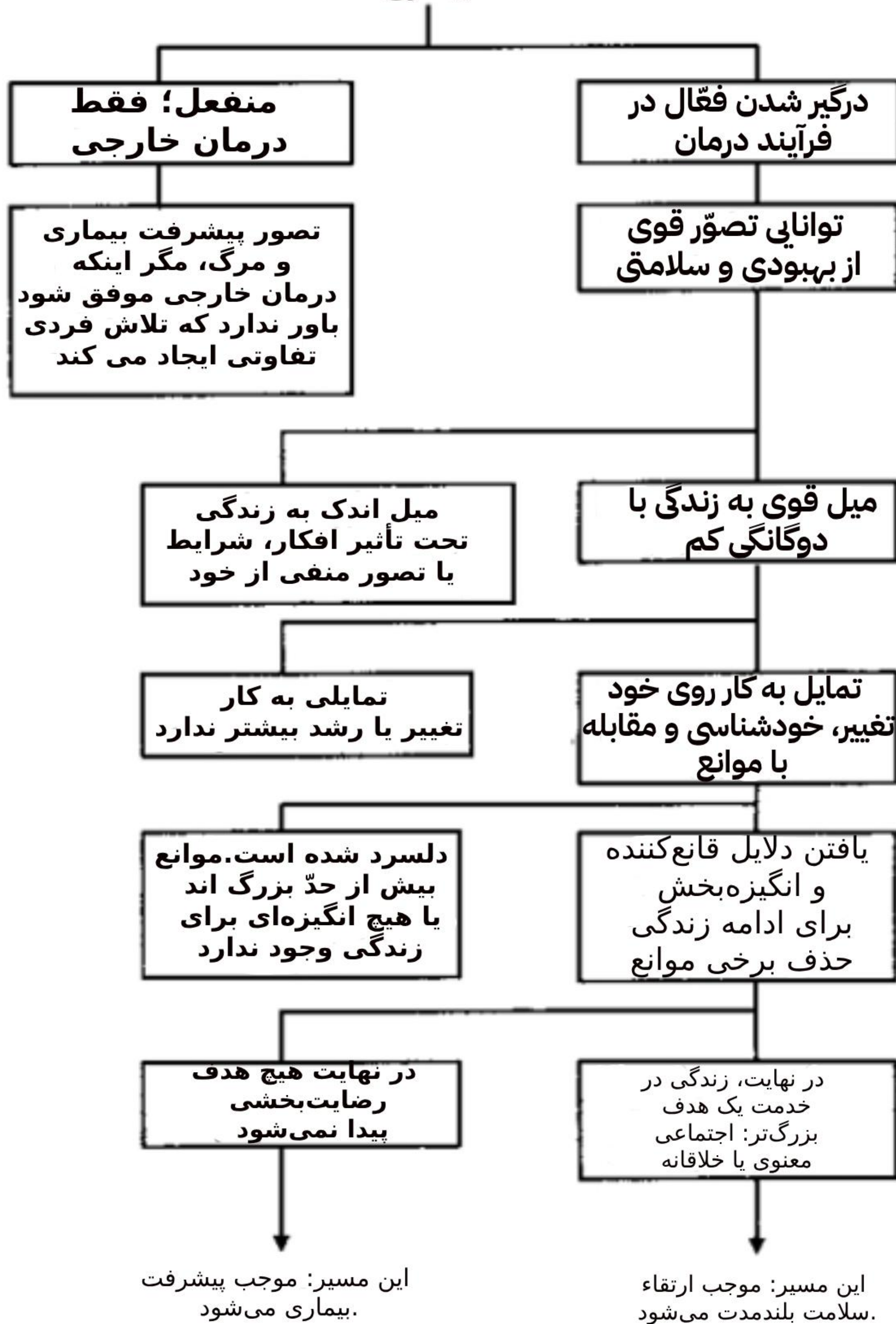
کاملاً واضح است که میزان اهمیت این انتقادات بستگی به این دارد که آیا باور داریم شواهدی وجود دارد که نشان دهد تغییر در نگرش و رفتار می‌تواند بر پیشرفت بیماری تأثیر بگذارد یا نه.

اگر باور داشته باشیم که چنین تغییراتی هیچ تأثیری ندارند—دیدگاهی که هنوز هم توسط بسیاری از پزشکان پذیرفته شده است، آنگاه تنها فایده‌ی خودیاری می‌تواند ایجاد خوش‌بینی موقتی باشد، که اغلب به‌عنوان **امید واهی** برچسب می‌خورد.

این صفت نشان می‌دهد که هیچ پایه‌ی واقعی برای این امید وجود ندارد و اغلب این‌گونه برداشت می‌شود که در نهایت، سرخوردگی بیمار از پیشرفت سرطان، تمام مزایای روان‌شناختیِ موقتی را از بین می‌برد. در پاسخ، می‌توان گفت که درست است که بیماران اغلب با پیشرفت سرطان دچار نابودی روحی می‌شوند، اما **امید واهی** می‌تواند هم از طریق درمان‌های پزشکی و هم از طریق سایر تلاش‌ها برای درمان ایجاد شود.

"شفا بخشی - "درخت تصمیم گیری

بیماری



شکل ۸

درخت تصمیم‌گیری در فرآیند درمان.

در هر نقطه‌ی تصمیم‌گیری، فردی که مایل است به‌طور فعال در فرآیند درمان خود مشارکت داشته باشد، با یک انتخاب روبه‌رو می‌شود:

. انتخاب در سمت راست ممکن است فرآیند درمان را تقویت کند.

. انتخاب در سمت چپ می‌تواند مانعی برای آن باشد.

من نیز احساس تحقیر و انزجاری را که بسیاری از متخصصان نسبت به

درمانگرانی دارند که ادعاهای بزرگی درباره‌ی هر نوع روش درمانیِ بدون پشتوانه‌ی علمی مطرح می‌کنند، کاملاً درک می‌کنم—و حتی بیشتر از آن، نسبت به افرادی که از نیازمندان برای سودجویی سوءاستفاده می‌کنند.

بااین‌حال، خودِ امید همواره برای بیمار دلگرم‌کننده است، و مشخص نیست که آیا سرخوردگی بعدی همیشه بر مزایای آن غلبه می‌کند یا نه.

آیا باور به امکان کمکِ به خود توجیه‌پذیر است؟

امیدوارم خوانندگان تا اینجا متوجه شده باشند که شواهد معتبری برای این باور وجود دارد؛ بدون تردید، کیفیت زندگی را می‌توان بهبود بخشید و به احتمال زیاد، در برخی موارد می‌توان روند بیماری را کندتر کرد.

بنابراین، این امید که ما می‌توانیم، حداقل تا حدی، به خود کمک کنیم، بی‌اساس نیست.

برعکس، آن دسته از پزشکانی که بدون آگاهی از شواهد علمی، به‌طور دگماتیک به بیماران می‌گویند که تلاش‌های فردی

هیچ تأثیری ندارد، ممکن است خودشان آسیب بزرگی وارد کنند—هم با دلسرد کردن بیماران از تلاش برای خودیاری، و هم با جلوگیری از داشتن نوعی خوش‌بینی منطقی.

آیا بیماران درمان‌های پزشکی را کنار می‌گذارند؟

اعتراضی که بیش از امید واهی مطرح می‌شود، ترس از این است که بیماران درمان‌های پزشکیِ **بالقوه مفید** را رها کنند و به جای آن، روش‌های **جایگزینِ بی‌اثر** را انتخاب کنند.

. این نگرانی زمانی توجیه‌پذیر است که درمان پزشکی شانس قابل‌توجهی برای درمان یا کاهش بیماری داشته باشد، درحالی‌که روش جایگزین چنین شانسی نداشته باشد.

. همان‌طور که قبلاً اشاره کردم و نظرسنجی دکتر کاسیلت (Cassileth) نیز نشان داده است، چنین تصمیمات نادرستی گاهی گرفته می‌شود، اما نادر است.

اما در مواردی که سرطان در مراحل پیشرفته است، اگر بیماری تصمیم بگیرد که:

- یک رژیم سمی را که تقریباً هیچ شانسی برای تأثیرگذاری ندارد کنار بگذارد، و به‌جای آن، درمانی جایگزین و کمتر ناخوشایند را امتحان کند، یا حتی تمام درمان‌ها را کنار بگذارد، دلیلی برای اعتراض به این تصمیم وجود ندارد.

ما تا چه حد **مسئول** بیماری‌های خود هستیم؟

این موضوع تا حد زیادی به میزان آگاهی ما بستگی دارد.

امروزه کاملاً واضح است—چیزی که چهل سال پیش چنین نبود—که سیگار کشیدن خطر سرطان ریه را افزایش می‌دهد.

بیشتر افراد موافق‌اند که کسانی که باوجود آگاهی از این خطر، به سیگار کشیدن ادامه می‌دهند، تا حد زیادی مسئول مشکلات سلامت خود هستند.

در حال حاضر، این که سبک زندگی و الگوی فکری فرد چقدر در پیشرفت سرطان نقش دارند، چندان روشن نیست. اما دیدگاه‌های افراطی در هر دو جهت—اینکه بیمار هیچ کاری نمی‌تواند با ذهن خود انجام دهد، یا برعکس، اینکه اگر به‌اندازه‌ی کافی تلاش کند، می‌تواند کاملاً نتیجه‌ی بیماری را تعیین کند—به نظر می‌رسد به یک اندازه نادرست باشند.

مسئولیت واژه‌ای است که باید با دقت به کار رود:

این کلمه هم مفهوم مقصر بودن را در بر می‌گیرد، که منجر به احساس گناه شده و مضرّ است، و هم مفهوم قدرت عمل را دارد، که به خودیاری منجر شده و مفید است.

اگر بدون آگاهی از پیامدهای اعمال خود، به‌طور ناخواسته بیماری را تشدید کرده باشیم، هیچ دلیلی برای احساس گناه وجود ندارد.

و زمانی که بیماری پدید آمده است، تأمل بیش از حد درباره‌ی این که آیا افکار و

اعمال ما در ایجاد آن نقش داشته‌اند یا نه، سودی ندارد—

مگر در حدی که تغییر آن‌ها اکنون بتواند تفاوتی ایجاد کند.

بااین‌حال، می‌توانیم تا حدی مسئول آنچه پس از ابتلا به بیماری برایمان رخ می‌دهد باشیم:

یافتن بهترین مراقبت پزشکی ممکن، و انجام هر کار دیگری که به نظرمان می‌تواند مفید باشد.

استفان لوین(Stephen Levine) ، که کتاب‌های ارزشمندی درباره‌ی واکنش به

بیماری‌های تهدیدکننده‌ی زندگی نوشته است (به بخش مطالعه‌ی بیشتر مراجعه کنید) درباره‌ی **مسئول بودن در برابر بیماری** صحبت می‌کند، نه مسئول بودن برای بیماری؛ این دیدگاه به نظر من باعث تشویق به اقدام می‌شود، بدون آنکه احساسِ گناه را تقویت کند.

مدل تعادل نیروها در برنامه‌ی ما

در کلاس‌های برنامه‌ی ما، از مدل تعادل نیروها استفاده می‌کنیم (شکل ۹).

- در یک طرف محور تعادل، وزنه‌ای سنگین قرار دارد—سرطان—که تلاش می‌کند میزبان خود را از پا درآورد.
- در طرف دیگر، وزنه‌های کوچکتری قرار دارند که با یکدیگر همکاری می‌کنند :

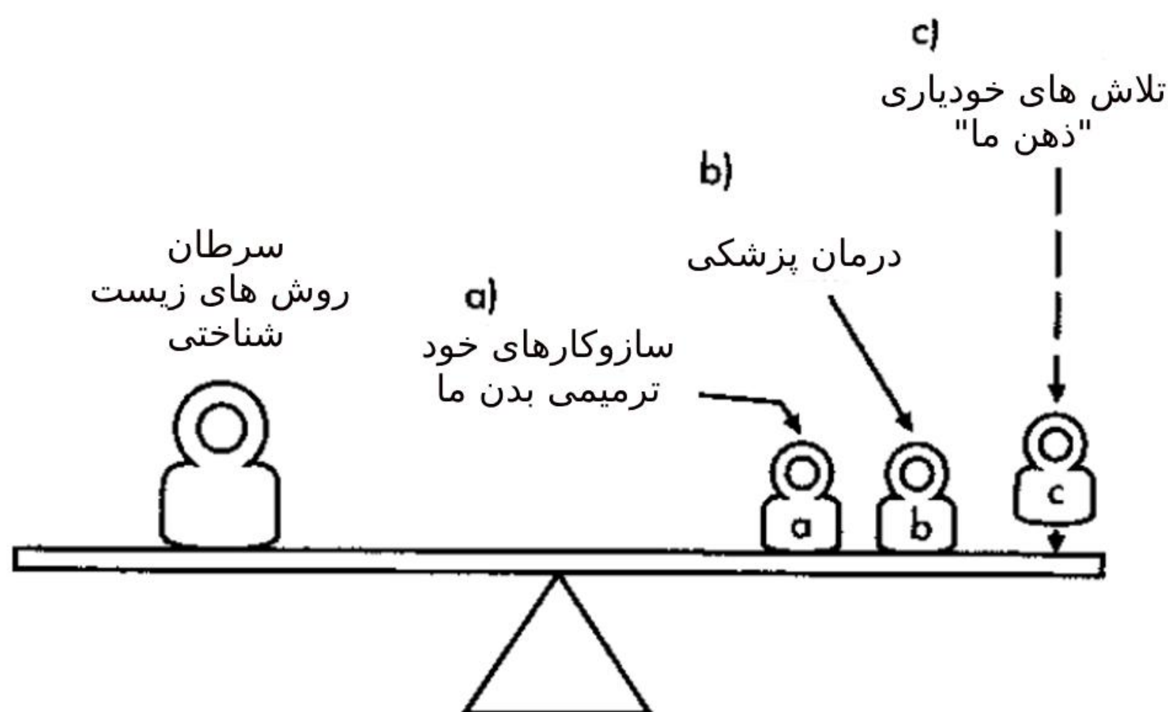
1. سیستم ایمنی و سایر سیستم‌های دفاعی بدن فرد،
2. درمان‌های پزشکی،
3. و یک وزنه‌ی اختیاری: تلاش‌های خودیاری بیمار.

این تلاش‌ها **ممکن** است که تعادل را به نفع سلامت تغییر دهند؛ توانایی آن‌ها به عوامل بسیاری بستگی دارد، به‌ویژه به این که سرطان **چقدر سنگین** است.

اما اگر بیماری باوجود تلاش‌های فردی پیشرفت کند، دلیلی برای سرزنش وجود ندارد.

ما به‌سادگی نمی‌دانیم که اندازه‌ی این وزنه‌ها نسبت به یکدیگر چگونه است، و اینکه آیا هیچ شکل عملی از خودیاری می‌تواند رشد سرطان را تحت تأثیر قرار دهد یا نه.

بدیهی است که هرچه بیماری پیشرفته‌تر باشد و سریـع‌تر رشد کند، تأثیرگذاری بر روند آن، چه از طریق پزشکی و چه از راه‌های دیگر، دشوارتر خواهد بود.



شکل ۹
سلامت و بیماری به‌عنوان یک تعادل نیروها یا وزنه‌ها.

پیشرفت زیستی سرطان ممکن است توسط سه نیروی نشان‌داده‌شده در سمت راست مهار شود.

واقعاً شگفت‌آور است که در جامعه‌ای مانند جامعه‌ی ما، که ابتکار عمل فردی در بیشتر حوزه‌ها بسیار ارزشمند شمرده می‌شود، این احتمال که افراد بتوانند بر روند بیماری‌های خود تأثیر بگذارند، تا این حد اندک مورد بررسی قرار گرفته است.

این فضای ناآگاهی، مانع از آن می‌شود که مردم برای کمک به خودشان تلاش کنند.

درک این حقیقت که اعمال و افکار ما ممکن است تفاوتی ایجاد کنند، می‌تواند تکان دهنده باشد و به همین دلیل است که این کتاب نوشته شده است.

اما این آگاهی همچنین به ما اجازه می‌دهد که در برابر بحران‌ها، به شکلی اصیل و انسانی واکنش نشان دهیم، نه مانند حیواناتی بی‌دفاع.

۸
در دست گرفتن کنترل

در این فصل و دو فصل بعدی، ما اصول رویکردهای اصلی برای کمک به خود در دستیابی به سلامت بهینه در همه سطوح را مورد بحث قرار خواهیم داد (همان‌طور که در جدول ۱ آمده است).

همان‌طور که پیش‌تر اشاره شد، ایده‌ی سطوح تا حدی ساختگی است—هر رویدادی در یک سطح بر سطوح دیگر

تأثیر می‌گذارد—اما این ایده برای سازمان‌دهی بحث ما مفید است. به همین ترتیب، فرایند در دست گرفتن کنترل با برقراری ارتباط (که موضوع فصل بعدی است) همپوشانی دارد، اما تفکیک آن‌ها به ما کمک می‌کند تا مسیر درمانی خود را روشن‌تر کنیم.

هدف اصلی مراحل اولیه‌ی تمام تلاش‌های خودیاری، افزایش آگاهی از نحوه‌ی واکنش ذهن و بدن ما به رویدادهای بیرونی و یادگیری کنترلِ این واکنش‌هاست. بیشتر ما با آگاهی بسیار

کمی در این زمینه شروع می‌کنیم، و این موضوع تنها زمانی آشکار می‌شود که در افزایش این آگاهی پیشرفت کنیم. آگاهی باید پیش از تلاش برای کنترل به دست آید، زیرا در غیر این صورت نمی‌دانیم چه تغییراتی لازم است؛ برای مثال، نمی‌توانیم عمیقاً آرام شویم بدون اینکه ابتدا نشانه‌های تنش عضلانی را تشخیص دهیم، و نمی‌توانیم به‌طور واقعی عشق خود را به دیگران ابراز کنیم بدون اینکه ابتدا افکار و احساسی را که مانع این ابراز می‌شوند، شناسایی کنیم.

پس از پذیرش فعالیت‌های ذهنی و جسمیِ کنونی خود، این انتخاب را خواهیم داشت که برخی از آن‌ها را کنار بگذاریم (فرایندی که تقریباً همیشه ارزشمند است) و آن‌ها را با فعالیت‌هایی جایگزین کنیم که احتمال بیشتری دارد سلامت ما را ارتقا دهند. ما درمی‌یابیم که بخش عمده‌ای از آنچه در درون ما اتفاق می‌افتد، توسط افکار و ادراک خودمان تعیین می‌شود، اینکه رویدادهای بیرونی صرفاً محرک‌هایی هستند و تا حد زیادی این ما هستیم که حالت درونی خود را از

طریق جریان مداوم افکار و قضاوت‌هایی که در ذهنمان می‌گذرد، ایجاد می‌کنیم.

بدن: سطح ۱

موجودات زنده هرگز ساکن نیستند. علاوه بر فرایندهای مداوم مانند تنفس، جریان خون، هضم و دیگر فعالیت‌ها، ما به‌طور مداوم به تغییرات محیطی واکنش نشان می‌دهیم، حتی در خواب. هدف این تنظیم دائمی، حفظ بقا است. ما انسان‌ها به دلیل داشتن مغزهای بزرگ و فرهنگی پیشرفته،برخلاف سایر حیوانات، می‌توانیم از این فرایند تنظیم آگاه شویم و

در صورتی که برای ما مفید نباشد، آن را اصلاح کنیم.

یکی از بهترین روش‌ها برای شروع آموزش خودیاری، بررسی استرس است—چیزی که تقریباً همه با آن آشنا هستند. همان‌طور که در شکل ۱۰ نشان داده شده، استرس یک فرایند یا مسیر است. برای مثال، یک رویداد ناگهانی و ترسناک (مانند صدای جیغ لاستیک‌های ماشینی که نزدیک ما و در حین عبور از خیابان متوقف می‌شود) می‌تواند منجر به درک خطر در ذهن ما و احساس ترس شود.

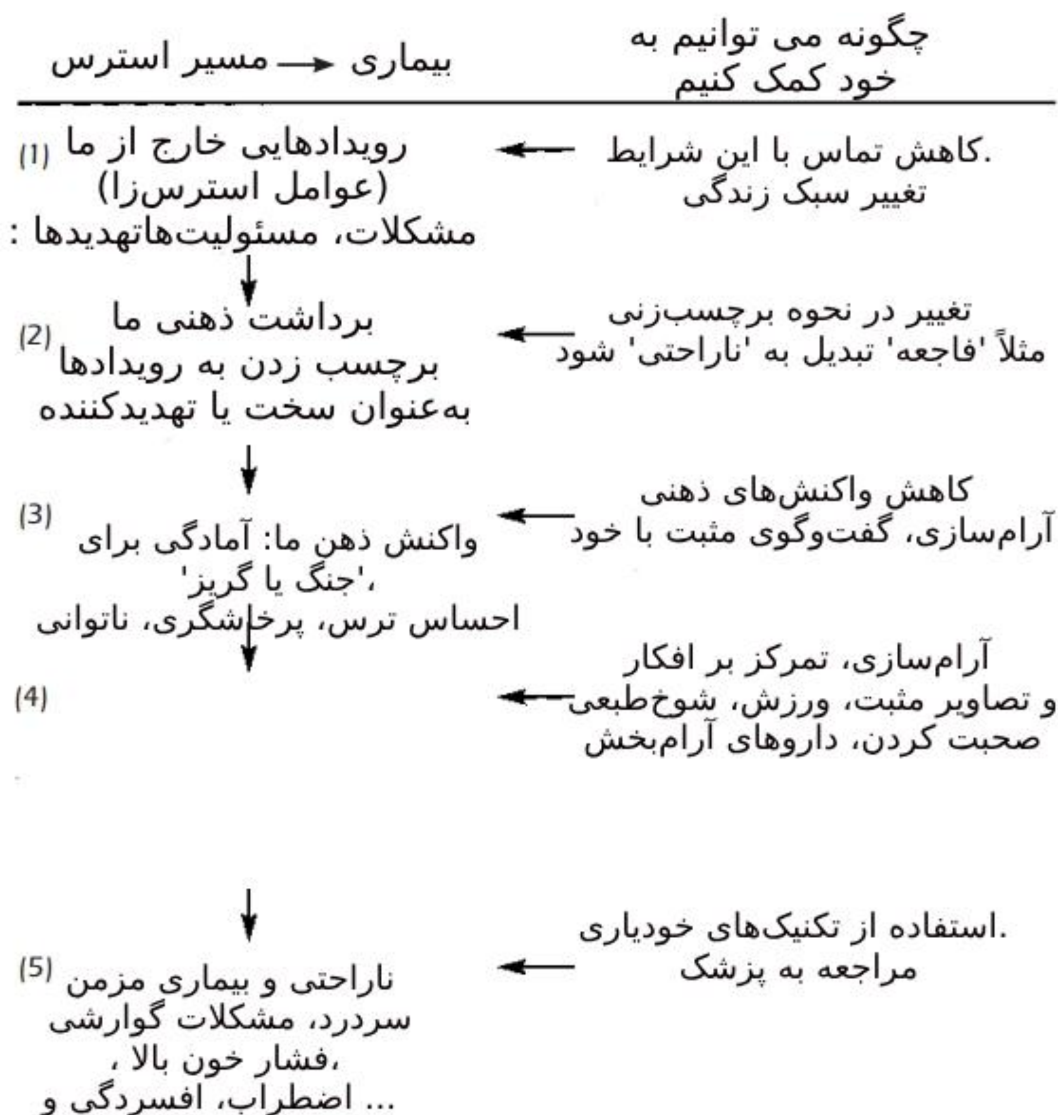
بلافاصله تغییراتی در بدن رخ می‌دهد: عضلات منقبض می‌شوند، آدرنالین ترشح می‌شود، ضربان قلب و سرعت تنفس افزایش می‌یابد و بدن آماده‌ی واکنش سریع برای محافظت از خود می‌شود.

چنین تهدیدهای شدیدی ممکن است به‌ندرت اتفاق بیفتند، اما زندگی ما پر از چالش‌های کوچک و ناامیدی‌های روزمره است: صف طولانی در صندوق پرداخت، عضوی از خانواده که در برنامه‌های ما دخالت می‌کند، تمبری که در لحظه‌ی نیاز پیدا نمی‌شود، یا سر و صدای آپارتمان

مجاور. علاوه بر این، عوامل استرس‌زای پنهانی نیز وجود دارند: شاید احساسی که ما را از انجام یک وظیفه‌ی ضروری ناتوان می‌سازد، شاید یکنواختی روزمره که دیگر جذابیت ندارد، یا شاید ترس از بیماری که زندگی را تهدید می‌کند.

ما تمایل داریم به همه‌ی این رویدادها و ادراکات با واکنش ابتدایی **جنگ یا گریز** پاسخ دهیم—واکنشی که برای نیاکان ما مناسب بود اما برای انسان مدرن؛ اغلب کارآمد نیست. در نتیجه، ما دائماً از حالت نسبتاً آرام و متعادلی که برای بهبود و

سلامت ما مفید است، دور می‌شویم. درحالی‌که مقداری تحریک برای حفظ سلامت ضروری است، ساکنان شهرهای مدرن اغلب آن‌قدر در معرض محرک‌های مختلف قرار می‌گیرند که در یک وضعیت دائمی از واکنش بیش‌ازحد، زندگی می‌کنند.



شکل ۱۰
مسیر استرس و چگونگی کمک به خود
برای جلوگیری از واکنش‌های استرسی

استرس مداوم منجر به انواع مختلفی از بیماری‌ها می‌شود .این ارتباط به‌خوبی مستند شده است، هرچند که در مورد سرطان، این رابطه به وضوحِ سایر بیماری‌ها نیست. همان‌طور که در شکل ۱۰ نشان داده شده، ما می‌توانیم مسیر استرس را در چندین نقطه قطع کنیم:

- پرهیز از عوامل استرس‌زای غیرضروری (مانند شرکت در رویدادهای اجتماعی ناخواسته یا تماشای برنامه‌های تلویزیونی خشن)

- تغییر نحوه‌ی برچسب‌گذاری به رویدادها (برای مثال، همکار آزاردهنده می‌تواند به‌جای مزاحمی غیرقابل‌تحمل، فردی نیازمند توجه در نظر گرفته شود)
- یادگیری آرام‌سازی بدنِ از پیش منقبض‌شده با استفاده از تکنیک‌های استاندارد.

تکنیک‌های مؤثر برای آرام‌سازی بدن و ذهن

چندین تکنیک علمی برای ایجاد آرامش در بدن و ذهن وجود دارد. به‌طور کلی، این

فرآیند شامل آرام کردن و متمرکز ساختن ذهن، شناسایی و رها کردن تنش اضافی در گروه‌های اصلی عضلانی است. در این روش، فرد به‌راحتی می‌نشیند یا دراز می‌کشد و مجموعه‌ای از دستورالعمل‌ها را دریافت می‌کند (ابتدا از طریق نوار صوتی یا یک درمانگر، اما بعداً می‌تواند خودش این فرآیند را هدایت کند).

معمولاً، اولین دستورالعمل این است که بر تنفس تمرکز کند و اجازه ندهد که ذهن سرگردان شود؛ سپس، بر گروه‌های عضلانی مختلف تمرکز کرده، گاهی آن‌ها

را عمداً منقبض کرده تا ناراحتی را تشخیص دهد و سپس آن را رها کند. در پایان تمرین، فرد ممکن است یک فضای داخلی آرامش‌بخش یا منظره‌ای زیبا را در ذهن خود تصور کند؛ این نوع تصویرسازی، اغلب میزان آرامش را افزایش می‌دهد و حتی می‌تواند به‌عنوان یک تکنیک مستقل برای آرام‌سازی استفاده شود.

پاسخ آرام‌سازی

این فرآیند هدفمند و متمرکز برای آرام‌سازی، احساسی کاملاً متفاوت از

روش‌های معمول آرامش‌بخشی، مانند تعاملات اجتماعی، گوش دادن به موسیقی، مطالعه یا تماشای تلویزیون ایجاد می‌کند .هربرت بنسون، یکی از پیشگامان تحقیق در این زمینه، این حالت را **پاسخ آرام‌سازی** نامیده است. این فرآیند با تغییرات فیزیولوژیکی مشخصی همراه است، مانند:

- کاهش سرعت تنفس و ضربان قلب
- کاهش فشار خون
- کاهش تنش عضلانی

- الگوهای متفاوت فعالیت الکتریکی در مغز

این تغییرات؛ کاملاً مخالفِ واکنش‌های بدن در شرایط استرس‌زا هستند.

سایر روش‌های عمیق آرام‌سازی

روش‌های دیگری نیز برای ایجاد آرامش عمیق وجود دارد، از جمله:

- تکرار یک واژه‌ی ساده مانند **یک** در حالی که چشمان بسته است؛ این روش، گرچه به‌عنوان نوعی مراقبه شناخته می‌شود (که در فصل ۹ مورد

بحث قرار خواهد گرفت)، اما می‌تواند بسیار مؤثر باشد.

- **آموزش اتوژنیک**؛ این تکنیک علمی شامل تمرینی است که در آن فرد تصور می‌کند اعضای بدنش سنگین و گرم شده‌اند.
- **هیپنوتیزم**؛ این روش، ورود به حالت ذهنی آرام و پذیرنده است که در آن، پیشنهادهای یک درمانگر یا حتی پیشنهادهای فرد به خودش به‌راحتی به تغییرات فیزیولوژیکی و رفتاری تبدیل می‌شود.

بیوفیدبک: از اطّلاعاتی که توسط دستگاه جمع‌آوری شده، استفاده می‌کند و آن را به فرد بازمی‌گرداند تا بتواند واکنش‌های خود را در جهت دستیابی به نتیجه‌ی مطلوب تنظیم کند. زمانی که بیوفیدبک برای آموزش آرام‌سازی به کار می‌رود، تنش عضلانی فرد؛ تحت نظارت قرار گرفته و یک نشانه‌ی قابل‌درک از سطح این تنش ارائه می‌شود؛ برای مثال، ممکن است یک صدا تولید شود. با آرام شدن فرد، زیر و بمی صدا کاهش می‌یابد و در نتیجه، با تلاش برای کاهش بیشتر این صدا، فرد یاد

می‌گیرد که تنظیمات داخلی ظریفی را که منجر به آرامش می‌شوند، انجام دهد.

آرامش عمیق مهارتی است که باید آموخته شود، درست مانند دوچرخه‌سواری .این مهارت چیزی نیست که بیشتر افراد بتوانند بدون آموزش و تمرین انجام دهند. پس از یادگیری و تمرین روزانه‌ی این مهارت، مثلاً در دوره‌هایی ۲۰ دقیقه‌ای یک یا دو بار در روز، می‌توان آن را در طول روز نیز به کار گرفت. هدف این است که آگاه شویم چگونه عضلات ما به‌طور مداوم در

واکنش به افکار و شرایط بیرونی منقبض می‌شود، و به همان میزان، یاد بگیریم که این تنش را به‌طور مستمر رها کنیم و نگذاریم که به الگوهای سخت و مزمن تبدیل شود که باعث سردرد، کمردرد، سفتی عمومی بدن و دیگر ناراحتی‌ها می‌شود.

آگاهی و کنترل نحوه‌ی تنفس نیز بخش مهمی از این تکنیک است .تنفس آرام و عمیق با حالت آرامش و تنفس سریع و سطحی با حالت تنش مرتبط است. مشاهده شده که تنظیم وضعیت بدن به

سمت آرامش، ذهن را نیز تحت تأثیر قرار داده و باعث احساس آرامش و صلح درونی می‌شود. می‌توان گفت که آرامش؛ پیش‌نیاز اساسی بسیاری از روش‌های **درون‌نگری** مانند تصویرسازی ذهنی، مشورت با **خرد درونی** و **مدیتیشن** است و همچنین به افزایش آگاهی از ارتباطات اجتماعی و معنوی کمک می‌کند. زمانی که بدن (و در نتیجه، ذهن) در وضعیت تنش و آشفتگی قرار دارد، این حالت به‌قدری توجه ما را به خود مشغول می‌کند که

اجازه نمی‌دهد سایر افکار و تجربیات به‌درستی پردازش شوند.

سایر عوامل تأثیرگذار بر سلامت بدن

اگرچه آرامش معمولاً مهم‌ترین مهارتی است که در این سطح باید آموخته شود، اما برخی از جنبه‌های آشنا در رفتارهای مرتبط با بدن نیز معمولاً نیاز به اصلاح دارند تا سلامت را ارتقا دهند.

- اهمیت **استراحت کافی** نیازی به توضیح ندارد.

- ورزش منظم، هم هوازی و هم حرکات کششی، جزء ضروری یک مسیر درمانی و شفابخش محسوب می‌شود.
- تغذیه موضوع بحث‌برانگیزتری است. همان‌طور که در فصل ۴ اشاره شد، هیچ مدرکی وجود ندارد که رژیم‌های غذایی غیرمتعارف یا مکمل‌های غذایی تأثیری بر روند درمان سرطان داشته باشند.

اما تغییر عادات غذایی اغلب تأثیر قوی‌ای بر احساس کنترل و خوش‌بینی فرد دارد. در حال حاضر، بهترین توصیه‌ای که

می‌توان بر اساس شواهد موجود ارائه داد (نه بر اساس نظرات از پیش تعیین‌شده یا تعصّبات)، این است که رژیم غذایی متنوعی داشته باشیم که شامل:

. مقدار متعادلی از گروه‌های اصلی غذایی (میوه‌ها، سبزیجات، غلات، لبنیات، و مقداری گوشت) باشد.

. چربی‌ها، نمک، قندها و محرک‌هایی مانند کافئین و الکل در سطح پایینی نگه داشته شوند.

ذهن آگاه: سطح ۲

هدف اصلی در این سطح، آگاهی از افکارمان و تغییر آن‌ها از الگوهای منفی رایج به الگوهای خوش‌بینی و آرامش است. بیشتر اوقات، ما از آنچه در ذهنمان می‌گذرد آگاه نیستیم—واقعیتی که با چند دقیقه نشستن در سکوت و مشاهده‌ی ذهن خود کاملاً آشکار می‌شود. با این حال، این جریان بی‌وقفه و بدون ویرایش افکار، به میزان زیادی خلق‌وخو و رفتار ما را تعیین می‌کند.

یک مثال رایج زمانی اتفاق می‌افتد که با یک کار جدید و ناآشنا روبه‌رو می‌شویم.

ممکن است احساس ناتوانی کنیم و در ذهنمان بگوییم :**من** هیچ‌وقت قادر به انجام این کارها نبوده‌ام، پس اگر تلاش کنم، شکست می‌خورم و مسخره به نظر می‌رسم ." **در** نتیجه‌ی این نوع تفکر، از انجام آن کار اجتناب می‌کنیم و بهانه‌ای برای آن پیدا می‌کنیم—مثلاً : **برای** این کار وقت ندارم. همه‌ی این‌ها بدون آنکه حتی متوجه افکار زیربنایی خود باشیم رخ می‌دهد. چنین تعارض‌های حل‌نشده‌ای در ذهن که به‌طور هم‌زمان، هم می‌خواهد کاری را انجام دهد و هم از آن می‌ترسد،

می‌تواند به احساس افسردگی و نارضایتی منجر شود.

چگونه آگاهی از افکار خود را افزایش دهیم؟

افزایش آگاهی از افکار، چندان پیچیده نیست .اگر یاد بگیریم که جریان ذهنی خود را بیشتر و عمیق‌تر مشاهده کنیم، به تدریج کنترل بیشتری بر زندگی خود خواهیم داشت. ما معمولاً افکار خود را بخشی از هویت و هسته‌ی وجودمان می‌دانیم؛ افکار ما رفتارهای قابل مشاهده‌ی ما را شکل می‌دهند و با دقت

در آن‌ها درمی‌یابیم که این افکار حتی بر تنش عضلانی و دیگر واکنش‌های نامحسوس بدن نیز تأثیر دارند.

ارتباط میان تفکر و احساس

افکار همچنین خلق‌وخو را تعیین می‌کنند. بسیاری از افراد به‌طور ناخودآگاه مدام به خود می‌گویند که به‌اندازه‌ی کافی خوب نیستند، یا اینکه شرایط؛ بیش از حد دشوار است و مطابق میلشان پیش نمی‌رود .این افکار مخرّب و خودویرانگر باعث ایجاد احساس عمیقی از گناه، بی‌ارزشی و افسردگی می‌شود.

بیماران مبتلا به سرطان اغلب گرفتار جریان مداومی از افکار ترسناک درباره‌ی آنچه ممکن است در آینده برایشان رخ دهد می شوند. اما زمانی که متوجه این نوع تفکر شوند، امکان تغییر آگاهانه‌ی آن نیز فراهم می‌شود.

چگونه می‌توان افکار منفی را تغییر داد؟

امروزه، ارتباط میان تفکر و احساس در درمان‌های شناختی مورد استفاده قرار

می‌گیرد .این روش‌های درمانی به افراد می‌آموزند که:

- . افکار منفی خود را بشناسند.
- . آن‌ها را با ایده‌هایي واقع‌بینانه‌تر و تقویت‌کننده‌ی روحیه جایگزین کنند.

مهم نیست که افکار به‌تنهایي تعیین‌کننده‌ی خلق‌وخو و رفتار ما هستند—بلکه همان‌طور که قبلاً اشاره شد، همه‌ی جنبه‌های وجود ما به هم متصل‌اند، و تغییر در هر بخش می‌تواند کل سیستم را تحت تأثیر قرار دهد.

اما افکار یکی از ساده‌ترین و در دسترس‌ترین نقاط برای ایجاد تغییرات هستند، و این تغییرات می‌توانند تأثیرات گسترده‌ای بر تمام ابعادِ وجودی ما داشته باشند.

شاید اینجا جایی باشد که باید درباره‌ی تفکر مثبت یا جملات تأکیدی مثبت صحبت کنیم—رویکردی محبوب برای خودتغییری که باعث ظهور تعداد زیادی از درمانگران شده است. این افراد صرفاً بر ایمان داشتن و تأکید مداوم بر چیزی که می‌خواهید اتفاق بیفتد تأکید می‌کنند، چه

در زمینه‌هایی مانند شفای جسمی و چه در موفقیت مالی.

اما آیا این تکنیک ظاهراً ساده‌انگارانه واقعاً مؤثر است؟

ما داده‌های علمی کافی برای ارزیابی دقیق آن نداریم، اما می‌توان گفت که گاهی اوقات، در برخی موارد، می‌تواند تأثیرگذار باشد.

نقد تفکر مثبت

متخصصانی که در روش‌های سنّتی‌تر درمانی؛ آموزش گسترده‌ای دیده‌اند، معمولاً این روش را بی‌پایه و سطحی می‌دانند. آن‌ها به‌درستی اشاره می‌کنند که نمی‌توان فقط با تکرار جملات مثبت، احساس بهتری پیدا کرد، بدون آنکه ابتدا افکار سرکوبگر و بدبینانه‌ی پنهان در ناخودآگاه را شناسایی و بپذیریم.

همچنین، در مورد شفای جسمی، فاکتورهای بسیاری غیر از افکار و باورها در ایجاد وضعیت فیزیولوژیکی نقش دارند.

آیا تفکر مثبت فایده‌ای دارد؟

با این حال، این واقعیت نیز وجود دارد که گفت‌وگوی درونی مثبت و قوی، حداقل در کوتاه‌مدت، می‌تواند تأثیر چشمگیری بر خُلق‌وخو داشته باشد. من با بیماران سرطانی‌ای ملاقات کرده‌ام که به‌شدت به این روش باور دارند و قسم می‌خورند که هرگز اجازه نمی‌دهند یک فکر بدبینانه درباره‌ی سلامتی‌شان وارد ذهنشان شود.

ما همچنان به تحقیقات بیشتری در مورد ارزش این رویکرد نیاز داریم.

رویکرد محتاطانه‌تر

تا آن زمان، رویکرد منطقی‌تر این است که:

- خودتان جملات تأکیدی مثبت را امتحان کنید.
- اگر با این روش احساس راحتی کردید، از آن در کنار روش‌های دیگر استفاده کنید.
- در کنار تکرار جملات مثبت، افکار منفی‌ای را که احساس می‌کنید بی‌اساس یا مضر هستند، شناسایی و رها کنید.

اهمیت تفریح و بازی

در این بخش می‌توان به اهمیت تفریح و بازی نیز اشاره کرد.

یکی از کارتون‌های موردعلاقه‌ی من گروهی از کودکان در حال بازی را کنار گروهی از مسافران اخمو در اتوبوس نشان می‌دهد.

عنوان آن این است :چه اتفاقی افتاد؟

فشارهای مختلفی که ما را از لذت بردن از زندگی بازمی‌دارند، زیاد و پیچیده‌اند.

اما اگر به‌طور آگاهانه زمان‌هایی را برای فعالیت‌های لذت‌بخش برنامه‌ریزی کنیم—حتی اگر در ابتدا احساس کنیم که این کار مصنوعی یا اجباری است—می‌توانیم خلق‌وخوی خود را به‌شدت

بهبود بخشیده و کیفیت زندگی را ارتقا دهیم.

حتی تشخیص بیماری سرطان نیز نباید باعث بدبختی ما شود، اگر بتوانیم ذهنمان را روی لحظه‌ی حال متمرکز کنیم، به‌جای اینکه از آینده بترسیم.

شاید، همان‌طور که نورمن کازینز باور داشت، خنده حتی ممکن است باعث بهبود بیماری یا افزایش طول عمر شود.

ذهن عمیق‌تر: سطح ۳

ذهن یک فرایند است، نه یک چیز، همان‌طور که گوارش یک فرایند است.

گوارش وابسته به عملکرد دستگاه گوارش است که نسبتاً ساده است. اما ذهن اساساً به عملکرد مغز وابسته است، که به طرز باورنکردنی پیچیده است—در واقع،پیچیده‌ترین ساختار سازمان‌یافته‌ای که تاکنون در جهان شناخته‌ایم.

پیچیدگی مغز و عملکرد آن

مغز حدود یک میلیون میلیارد سلول دارد، بسیاری از آن‌ها به یکدیگر متصل‌اند، و از

این رایانه‌ی زنده‌ی پیشرفته، سطوح مختلفی از عملکرد به وجود می‌آید.

- پایه‌ای‌ترین سطح مغز، عملکردهای داخلی بدن را تنظیم می‌کند، مانند هضم، جریان خون، تنفس و غیره.
- حالت‌های فیزیولوژیکی که زیربنای احساس ما هستند، از بخش‌های نسبتاً ابتدایی مغز سرچشمه می‌گیرند، اما همان‌طور که پیش‌تر اشاره شد، می‌توانند تحت تأثیر عملکردهای فکری بالاتر نیز قرار بگیرند.

. قابلیت تفکر، یک دستاورد جدید در روند تکامل است .روانشناسان تفکر را به دو دسته تقسیم می‌کنند :

۱. فرآیندهای آگاهانه؛ یعنی جریان ایده‌هایي که می‌توانیم در هر لحظه به آن‌ها دسترسی داشته باشیم.
۲. رویدادهای نیمه‌آگاهانه و ناخودآگاه، از جمله خیال‌پردازی‌ها، رویاها و خاطرات سرکوب‌شده‌ای که به دلیل دردناک بودن، از آگاهی ما پنهان شده‌اند.

ذهن عمیق‌تر چیست؟

سطح ذهن عمیق‌تر شامل تمام این فرایندها، احساس، خیال‌پردازی‌ها و مواد سرکوب‌شده‌ای است که می‌توان با آرام کردن جریان آگاهانه‌ی ذهن و معطوف کردن توجه به درون، به آن‌ها دسترسی پیدا کرد.

دو موضوع کلیدی در کار بر روی ذهن عمیق‌تر

در کار اولیه‌ی خود بر روی ذهن عمیق‌تر، دو موضوع اصلی را بررسی می‌کنیم:

۱. بیان احساس

۲. استفاده از تصویرسازی ذهنی به‌عنوان ابزاری برای درمان

ماهیت احساس

متخصصان همچنان در مورد تعریف دقیق احساس اختلاف‌نظر دارند. اما برای مقاصد ما، احساس شامل طیف وسیعی از حالات ذهنی‌اند، مانند:

- شادی و غم
- خشم و عشق
- ترس و روحیه‌ی مبارزه‌جویی

احساس در شکل‌گیری نگرش‌های پیچیده‌ی انسانی مانند امید، عدم اعتمادبه‌نفس، دوگانگی، شرم و اراده‌ی زندگی نیز نقش اساسی دارند.

تسلط احساس بر زندگی ما

ما دوست داریم خود را موجوداتی منطقی تصور کنیم که با ارزیابی‌های عینی هدایت می‌شوند، اما در حقیقت، احساس ما اغلب بر زندگی‌مان حاکم‌اند—و معمولاً از این موضوع آگاه نیستیم.

احساس می‌توانند به ما حس خوشی بدهند، اما همچنین درد و رنج ایجاد

کنند .بنابراین، همه‌ی ما یاد می‌گیریم که برخی از تجارب و واقعیت‌های زندگی را یا به‌طور آگاهانه سرکوب کنیم (suppress)یا به‌طور ناخودآگاه سرکوب نماییم.(repress)

اثرات سرکوب احساس در بزرگسالی

برای مثال، حسی از درماندگی که در کودکی هنگام مواجهه با دنیای بزرگسالانِ قدرتمند تجربه می‌کردیم، اغلب در بزرگسالی نادیده گرفته می‌شود .اما این احساس ممکن است در ناخودآگاهمان

باقی بماند و بسیاری از رفتارهای ما را تحت تأثیر قرار دهد.

. برخی از افراد در تمام طول زندگی خود احساس درماندگی می‌کنند.

. برخی دیگر، با فعالیت‌های تهاجمی و پرخاشگرانه، این حس را جبران می‌کنند.

. عده‌ی کمی خوش‌شانس بودند که والدینی داشتند که به آن‌ها احساس عشقِ بدون قید و شرط داده‌اند. این افراد معمولاً در بزرگسالی به‌خوبی سازگار می‌شوند.

شخصیت سرطانی و بیان احساس

در تحقیقات متناقضی که در مورد شخصیت سرطانی انجام شده است—یعنی تلاش‌هایی برای تعریف ویژگی‌هایی که در بیماران مبتلا به سرطان بیش از افراد مشابهِ بدون سرطان دیده می‌شود—یک ویژگی برجسته است:

بیماران سرطانی معمولاً در بیان احساس خود دچار مشکل هستند.

چرا بیان احساس برای بیماران سرطانی مهم است؟

به نظر می‌رسد که یادگیری و تمرین بیان احساس برای بیماران سرطانی اهمیت دارد.

چگونه احساس را بیان کنیم؟

برای این کار، می‌توان از اصولی که پیش‌تر بررسی شد، استفاده کرد:

۱. آگاهی از احساسی که سرکوب شده است.
   - توجه به احساس بدنی و افکار مرتبط با آن‌ها.
۲. بیان و تخلیه‌ی آگاهانه‌ی این احساس و افکار.

- صحبت صریح با دیگران درباره‌ی آن‌ها (که معمولاً بهترین روش است)
- حداقل شناسایی و پذیرش احساس، و اجازه دادن به خود برای تجربه‌ی آن‌ها برای مدتی.

فعالیت‌هایی که به بیان احساس کمک می‌کنند:

- ورزش
- دعا و نیایش
- آرام‌سازی و مدیتیشن

- اجازه دادن به خود برای گریه کردن، فریاد زدن یا آواز خواندن
- تخلیه‌ی خشم با زدن یک بالش یا تخت با راکت تنیس، در صورتی که احساس عصبانیت شدید وجود داشته باشد

اصل اساسی این است که احساس باید رها شوند، جریان پیدا کنند، اما بدون اینکه بیش از حد به دیگران تحمیل شوند.

آیا احساس خوب و بد وجود دارند؟

احساس اغلب به خوب یا بد (به معنای خوشایند یا دردناک) دسته‌بندی می‌شوند،

اما بهتر است آن‌ها را به‌عنوان بخشی از زندگی ببینیم که باید تجربه و بیان شوند.

یک جمله‌ی راهنما که معمولاً توسط درمانگران استفاده می‌شود این است:

تنها احساس بد، احساسی است که نهفته مانده و بیان نشده است.

تصویرسازی ذهنی

اکنون به استفاده از تصویرسازی ذهنی در خودیاری می‌پردازیم—موضوعی که آن‌قدر مهم است که نیاز به بررسی جداگانه دارد.

تصویرسازی ذهنی چیست؟

تصویرسازی ذهنی، بازنمایی جنبه‌هایی از تجربیات حسی ما در ذهن است.

به عبارت دیگر، وقتی چیزی را تصور می‌کنیم که در حال حاضر وجود ندارد، در حال انجام تصویرسازی ذهنی هستیم.

ما می‌توانیم:

- بوی یک گل رز را فقط با فکر کردن به آن، احساس کنیم.
- طعم عسل را به یاد بیاوریم.
- نرمی خز یک گربه را تصور کنیم.

. صدای زنگی دوردست را در ذهنمان بشنویم.

افراد در انواع مختلف تصویرسازی ذهنی تفاوت دارند، اما برای بسیاری، تصاویر بصری؛ قوی‌ترین تأثیر را دارند.

همه‌ی ما، با درجات مختلفی از وضوح، می‌توانیم تصاویری از اتاق‌های محل زندگی، افراد اطرافمان، یا صحنه‌هایي از فیلمی که هفته‌ی گذشته دیدیم را در ذهنمان بازسازی کنیم.

چرا تصویرسازی ذهنی در فرآیند درمان اهمیت دارد؟

تصویرسازی ذهنی می‌تواند در برخی شرایط به‌عنوان یک نقشه یا مجموعه‌ای از دستورالعمل‌ها برای بدن عمل کند—به‌عنوان یک واسطه میان افکار و تغییرات فیزیولوژیکی.

ارتباط ذهن و بدن از طریق تصویرسازی ذهنی

این ارتباط را می‌توان به‌راحتی در موقعیت‌هایی که حرکت فیزیکی در نظر گرفته می‌شود، مشاهده کرد.

برای مثال، اگر ذهن خود را با دقت بررسی کنید، متوجه خواهید شد که تصمیم

برای بلند شدن و رفتن به مکانی دیگر، معمولاً با یک تصویر گذرا از این حرکت همراه است.

تصویرسازی همچنین می‌تواند واکنش‌های غیرارادی بیشتری در بدن ایجاد کند:

- تصاویر ذهنی مربوط به روابط جنسی می‌توانند باعث ایجاد واکنش‌های فیزیولوژیکی شوند.
- تصاویر ترسناک می‌توانند باعث واکنش استرس شوند.

- فکر کردن به مکیدن یک لیمو می‌تواند باعث ترشح بزاق شود (همین حالا امتحان کنید!).

دو روش اصلی استفاده از تصویرسازی ذهنی در درمان

تصویرسازی ذهنی به دو روش اصلی می‌تواند در روند درمان مفید باشد:

۱. روش تشخیصی
۲. روش درمانی

۱ .روش تشخیصی در تصویرسازی ذهنی

این روش قدمت طولانی دارد و احتمالاً بخشی از بسیاری از فرهنگ‌های غیرمدرن بوده است.

. در گذشته، یونانیان و مصریان باستان از رویاهای شفابخش برای درمان استفاده می‌کردند.

. ایده‌ی اصلی این است که افراد می‌توانند از طریق تصویرسازی ذهنی، به ایده‌ها یا دانشی دسترسی پیدا کنند که برای ذهن منطقی در دسترس نیست.

از زمان زیگموند فروید، ما در فرهنگ غربی مدرن درک کرده‌ایم که رویاها ممکن است حاوی این دانش پنهان باشند.

اما بسیاری از این اطّلاعات را می‌توان حتی در حالت بیداری، زمانی که فرد در آرامش است، بازیابی کرد (که در فصل بعدی بیشتر بررسی خواهد شد)

۲ .روش درمانی در تصویرسازی ذهنی

این روش بر مشاهده‌ی تأثیر تصاویر ذهنی بر عملکرد بدن استوار است. برخی معتقدند که تصور تغییرات مثبت، مانند

فرآیند بهبودی، می‌تواند واقعاً آن را محقق کند.

تکنیک تصویرسازی درمانی در سرطان

یکی از پیشگامان این روش، کارل سیمونتون، متخصص آنکولوژی پرتودرمانی، و همسرش استفانی متیوز-سیمونتون، روان‌درمانگر، بودند.

آن‌ها در دهه‌ی ۱۹۷۰، تکنیک تصویرسازی را برای کمک به درمان سرطان معرفی کردند

چگونه این روش اجرا می‌شود؟

- بیماران تصویر ذهنی یا نقاشی‌هایی از سرطان، سیستم ایمنی بدن و روش‌های درمانی خود ایجاد می‌کنند.
- آن‌ها باید بیماری را ضعیف، و مقاومت بدن و درمان را قوی و مؤثر ببینند.
- تصاویر می‌توانند واقعی باشند (مانند سلول‌های سرطانی و سلول‌های ایمنی) یا نمادین (مانند کوسه‌هایی که ماهی‌های کوچک را می‌خورند

[سلول‌های سرطانی] یا شوالیه‌های سفید که اژدها را از بین می‌برند).

آیا این روش مؤثر است؟

مطالعه‌ای توسط جین آختر برگ و فرانک لاولیس (همکاران سیمونتون) نشان داد که بین خوش‌بینی بیماران در تصویرسازی ذهنی و مقاومت آن‌ها در برابر پیشرفت بیماری، حداقل در کوتاه‌مدت، ارتباط وجود دارد.

ادعای قدرتمند تصویرسازی ذهنی: آیا می‌توانیم با ذهن خود بیماری را درمان کنیم؟

این تکنیک ادعایی جسورانه مطرح می‌کند:

شما می‌توانید مستقیماً بر مسیر بیماری با ذهن خود تأثیر بگذارید.

- این روش طرفداران زیادی در بین عموم مردم پیدا کرده است.
- در بسیاری از بیماری‌ها به کار گرفته شده است و رسانه‌ها بارها درباره‌ی آن گزارش داده‌اند.
- امروزه، این تکنیک به یکی از ابزارهای استاندارد در درمان‌های مکمّل تبدیل شده است.

اما نکته‌ی جالب اینجاست :بیشتر پزشکان هنوز این روش را به‌عنوان یک درمان علمی تأیید نمی‌کنند.

پس چگونه باید این تکنیک را ارزیابی کنیم؟

آیا تصویرسازی ذهنی یک روش درمانی معتبر است؟

همان‌طور که در فصل ۴ اشاره شد، می‌توان سه معیار را برای ارزیابی روش‌های درمانی جدید در نظر گرفت:

۱. آیا شواهدی از اثربخشی آن وجود دارد؟

۲. آیا بین متخصصان درباره‌ی آن اجماع وجود دارد؟

۳. آیا توجیهی منطقی برای عملکرد آن وجود دارد؟

۱ .آیا شواهد علمی از اثربخشی تصویرسازی ذهنی وجود دارد؟

بررسی مقالات علمی و بالینی نشان می‌دهد که تعداد زیادی گزارش‌های موردی (روایت‌های فردی) وجود دارند که نشان می‌دهند تصویرسازی ذهنی باعث تغییرات فیزیکی شده است—مثلاً بهبود

بیماری‌های پوستی یا تحریک سیستم ایمنی.

در بسیاری از این موارد، هیپنوتیزم نیز نقش داشته است، یعنی بیمار در یک حالت عمیقِ آرامش و پذیرای تلقین، تغییر را تصور کرده است.

اما تاکنون هیچ مطالعه‌ی علمی با کنترل‌های کافی که نشان دهد تصویرسازی ذهنی به‌تنهایی یا به‌عنوان روش اصلی درمان، بیماری‌های جدی ارگانیک مانند سرطان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، انجام نشده است.

نتایج آزمایش‌هایی که تلاش کرده‌اند تأثیر تصویرسازی یا تلقین را بر سیستم ایمنی ارزیابی کنند، اغلب مبهم بوده‌اند.

این گفته به آن معنا نیست که تصویرسازی ذهنی نمی‌تواند بر عملکرد سیستم ایمنی یا پیشرفت بیماری تأثیر بگذارد، بلکه فقط نشان می‌دهد که این تأثیرات هنوز مطابق با استانداردهای علمی رایج اثبات نشده‌اند.

۲ .آیا بین متخصصان اِجماعی درباره‌ی این روش وجود دارد؟

در این مورد، یک وضعیت جالب پیش آمده است:

- بسیاری از درمانگران به شدت به ارزشِ تصویرسازی ذهنی باور دارند.
- در مقابل، بسیاری از متخصصان پزشکی آن را کاملاً رد کرده و به‌عنوان شبه‌علم می‌نگرند.

چگونه با این اختلاف‌نظر روبه‌رو شویم؟

ما باید نظرات کسانی که این روش را بدون بررسی رد می‌کنند، کنار بگذاریم. همچنین،

نباید ادعاهای اغراق‌آمیز و غیرمنتقدانه را بپذیریم. با این حال، تعداد زیادی از متخصصانی که تصویرسازی ذهنی را در کار خود به کار گرفته‌اند، آن را مفید یافته‌اند.

من (نویسنده) شخصاً زمانی که سرطان داشتم، از تصویرسازی ذهنی استفاده کردم—با تصور ماهی‌های بزرگ که سلول‌های سرطانی را می‌بلعند—و این کار برای من اطمینان‌بخش بود.

اکنون که سرطان من دیگر فعال نیست، من از تصویرسازی غیرتهاجمی‌تری

استفاده می‌کنم، مانند تجسم نور طلایی که اندام‌های بدنم را پر می‌کند.

۳ .آیا توجیه علمی برای اثرگذاری تصویرسازی ذهنی وجود دارد؟

چندین دلیل منطقی وجود دارد که نشان می‌دهد تصویرسازی ممکن است تأثیر درمانی داشته باشد:

- می‌دانیم که تصویرسازی ذهنی می‌تواند تغییرات مختلفی در بدن ایجاد کند.
- این روش در برخی افراد باعث بهبود بیماری‌های کم‌خطرتر مانند درد، آسم و اختلالات پوستی شده است.

. تصویرسازی ممکن است از طریق تأثیر بر جریان خون در تومورها، یا تنظیم سطح هورمون‌ها، محیط داخلی بدن را برای رشد سرطان نامناسب کند.

آیا محدودیتی برای تأثیر تصویرسازی ذهنی وجود دارد؟

قطعاً! اگر هرگونه تلقین ذهنی می‌توانست مستقیماً به تغییرات فیزیکی تبدیل شود، انسجام بدن ما به خطر می‌افتاد—تصور کنید اگر کسی بتواند صرفاً با شنیدن "بمیر! واقعاً از بین برود!

نیاز به تحقیقات بیشتر

در حال حاضر، شرایطی ایجاد شده است که:

- بسیاری از بیماران درباره‌ی این روش می‌خوانند و آن را امتحان می‌کنند.
- جامعه‌ی پزشکی آن را نادیده می‌گیرد.
- بودجه‌ای برای تحقیقات در این زمینه اختصاص نمی‌یابد، زیرا بسیاری از تصمیم‌گیران علمی به آن باور ندارند.

با این حال، هیچ اختلاف‌نظری در میان متخصصانی که با تصویرسازی کار کرده‌اند، در مورد توانایی آن به‌عنوان ابزاری برای تشخیص نگرش‌های ذهنی،

دسترسی به اطّلاعات درونی، و کشف قابلیت‌های ناشناخته‌ی ذهن وجود ندارد.

. تصویرسازی ذهنی قطعاً به بسیاری از بیماران سرطانی (و دیگر بیماران) از نظر روانی کمک می‌کند.

. به احتمال زیاد، این روش؛ اثرات فیزیکی نیز دارد، اما این موضوع هنوز اثبات نشده است.

. تصویرسازی ذهنی باید به‌عنوان یک روش درمانی تأییدنشده به بیماران معرفی شود.

. این روش نباید جایگزین درمان‌های علمی شود، بلکه باید بخشی از یک برنامه‌ی درمانی جامع باشد.

اجتماعی: سطح ۴

ارتباط مؤثر، کلیدِ داشتن روابط رضایت‌بخش با دیگران است.

. ابتدا باید به آنچه دیگران می‌گویند، گوش دهیم و به آن‌ها نشان دهیم که شنیده‌ایم.

. سپس، باید افکار و احساس خود را به‌وضوح بیان کنیم.

این موضوع شاید بدیهی به نظر برسد، اما اغلب در عمل اتفاق نمی‌افتد.

چگونه می‌توان در سطح اجتماعی کنترل بیشتری داشت؟

فرآیند کنترل اجتماعی به این معناست که:

۱. با افرادی که می‌توانند از ما حمایت کنند، ارتباطات مؤثری برقرار کنیم.
۲. از تعاملاتی که انرژی ما را تخلیه می‌کنند، اجتناب کنیم.

ما زمانی احساس حمایت می‌کنیم که دیگران با همدلی به ما گوش دهند، ارزش ما را تأیید کنند، باعث خنده، تحریک

فکری و تشویق ما شوند. اما وقتی دیگران نیازهای خود را به هزینه‌ی ما تأمین می‌کنند—مثلاً با کنترل یا انتقاد بیش از حدّ—احساس **خالی شدن** می‌کنیم.

ترس از ترک عزیزان: بزرگ‌ترین ترس بیماران سرطانی

برای فردی که با یک بیماری تهدیدکننده‌ی زندگی مواجه است، بزرگ‌ترین ترس اغلب این است که عزیزانش را تنها بگذارد.

یکی از بیمارانی که می‌شناختم، به‌طور دردناکی این احساس را بیان کرد:

من نمی‌توانم جهانی را بدون خودم تصور کنم!

اهمیت تقویت روابط برای بیماران سرطانی

بیمارانی که می‌خواهند به خودشان کمک کنند، اولویت زیادی برای ترمیم و تقویت روابط خود با اعضای خانواده و دوستان نزدیک قائل می‌شوند.

این کار شامل موارد زیر است:

. زمان گذاشتن برای عزیزان و تعامل با آن‌ها.

. بیان احساس و گفتن اینکه آن‌ها چه معنایی برای شما دارند.

. رها کردن کینه‌ها و ناراحتی‌های قدیمی.

. بخشش گذشته و کنار آمدن با زخم‌های عاطفی.

. در مواردی که احساس کرده‌ایم ناعادلانه با ما رفتار شده، بیان قاطعانه‌ی خود و مواجهه با دیگران، به‌جای اجتناب از آن.

این کار چالش‌برانگیز است، به‌ویژه برای بسیاری از بیماران سرطانی که احساس

خود را سرکوب می‌کنند و در روابط صمیمی مشکل دارند.

آیا کار بر روی روابط اجتماعی می‌تواند بهبودی را تقویت کند؟

توصیه‌های فوق برای همه‌ی افراد مفید هستند، نه فقط بیماران سرطانی.

اما آیا داشتن روابط اجتماعی بهتر می‌تواند مستقیماً بر فرآیند بهبودی تأثیر بگذارد؟

در بسیاری از فرهنگ‌های سنّتی، فرآیند درمان شامل مشارکت کل گروه یا جامعه در مراسم شفابخش است.

متأسفانه، شواهد علمی کمی در دست است که نشان دهد ارتباطات اجتماعی بهتر، مستقیماً به فرآیند بهبودی کمک می‌کند.

اما برخی تحقیقات نشان داده‌اند که:

. افرادی که ارتباطات اجتماعی قوی‌تری دارند، کمتر در معرض برخی بیماری‌ها قرار می‌گیرند.

. مردانی که همسر خود را از دست داده‌اند، بیش از مردان متأهل در معرض بیماری‌های قلبی قرار دارند.

مطالعات در مورد تأثیر حمایت اجتماعی بر پیشرفت سرطان، عمدتاً (ولی نه همیشه) اثرات مثبتی را نشان داده‌اند.

توصیه به بهبود روابط اجتماعی، بیشتر بر پایه‌ی تجربه‌ی بالینی و حکمت عامیانه است تا تحقیقات علمی قطعی.

اما ما موجوداتی اجتماعی هستیم، و تقریباً همه‌ی افراد وقتی روابط اجتماعی رضایت‌بخشی دارند، احساس بهتری می‌کنند.

نیازهای خانواده و دوستان نزدیک بیماران سرطانی

این بخش، فرصتی مناسب برای گسترش بحثی است که در فصل ۱ درباره‌ی نیازهای اعضای خانواده و دوستان نزدیک بیماران سرطانی مطرح شد.

رنج روانی یک عضو خانواده یا دوست نزدیک بیمار، اغلب به همان اندازه یا حتی بیشتر از خود بیمار است.

بزرگ‌ترین ترس آن‌ها معمولاً از دست دادن فردی است که دوستش دارند و از او حمایت می‌گیرند، و این سؤال که آیا زندگی

بدون او همچنان ارزشمند و معنادار خواهد بود یا نه.

چگونه می‌توان با این ترس روبه‌رو شد؟

هیچ راه‌حل ساده‌ای برای این درد عاطفی وجود ندارد.

اما گفت‌وگو و بیان محبّت بین افراد می‌تواند کمک‌کننده باشد.

. اگر قبل از مرگ به کسی بگوییم که چقدر برایمان ارزشمند است، حداقل بعدها این آرامش را خواهیم داشت که او این را می‌دانست.

متأسفانه، به دلیل:

- تمایل شدید افراد به انکار شدت خطر سرطان،
- و فرهنگی که از صحبت درباره‌ی مرگ اجتناب می‌کند،

چنین ارتباط صریحی اغلب هرگز برقرار نمی‌شود.

نیازهای عاطفی بیماران

افراد بیمار نیاز دارند بدانند که هنوز ارزشمند هستند.

در فرهنگ ما، که گاهی با بیماران به‌گونه‌ای تنبیهی برخورد می‌شود، ممکن

است یک انگ اجتماعی به بیمار بودن متصل شود.

بیماران باید بتوانند تا جایی که وضعیت جسمی‌شان اجازه می‌دهد، نقش‌های عادی خود را ادامه دهند.

همچنین، برای پذیرش بهتر شرایط، نیاز دارند که اطرافیانشان واقعیت را صادقانه بپذیرند، نه اینکه با جملاتی مانند: تو خوب خواهی شد حقیقت را بپوشانند— چنین جملاتی درواقع بیشتر از ناتوانی گوینده در کنار آمدن با واقعیت ناشی می‌شوند تا حمایت واقعی.

نیازهای مراقبان و اعضای خانواده

مراقبان و اعضای خانواده‌ی بیمار نیز نیازهایی دارند.

- ممکن است احساس خشم و نارضایتی کنند، زیرا بیماری عزیزشان برنامه‌های زندگی آن‌ها را به هم ریخته است.
- ممکن است احساس گناه کنند، زیرا قادر به کمک کافی نیستند.
- این احساس باید بیان شوند، ترجیحاً با فردی غیر از خود بیمار.

علاوه بر این، مراقبان؛ بیش از هر زمان دیگری نیاز به استراحت و تفریح دارند،

زیرا مسئولیت مراقبت از یک بیمار، از نظر روانی و جسمی فرساینده است.

چالش‌های متخصصان سلامت

برای پزشکان و پرستارانی که در طول چند سال، با صدها بیمار در حال مرگ ارتباط عاطفی برقرار می‌کنند، یک خطر جدی وجود دارد:

آن‌ها ممکن است به دلیل شکاف بین آرزویشان برای بهبودی بیماران و واقعیت زندگی، دچار فرسودگی و ناامیدی شوند.

هیچ راه‌حل ساده‌ای برای این مشکل وجود ندارد. واضح است که:

۱. مراقبان باید مراقب خودشان باشند و انرژی‌شان را به‌درستی مدیریت کنند.
۲. پذیرش این واقعیت که آن‌ها نمی‌توانند سرنوشت بیماران را تعیین کنند، بلکه فقط می‌توانند نهایت تلاش خود را بکنند و بقیه را به عنوان بخشی از یک طرح بزرگ‌تر بپذیرند، به آن‌ها کمک خواهد کرد.

معنویت (وجودی): سطح ۵

این حوزه‌ی بسیار مهم از خودیاری اغلب نادیده گرفته می‌شود.

متأسفانه، در مراحل اولیه‌ی مسیر درمانی و خودیاری، افراد کمی روی این سطح کار می‌کنند، مگر اینکه از پیش دارای تعهدی قوی به معنویت یا دین باشند.

معنویت در مقابل مذهب

در اینجا، معنویت به معنای احساس وجود یک نظم، طرح، یا هوش جهانی است که فراتر از افراد و حتی کره‌ی زمین قرار دارد.

معنویت با مذهب متفاوت است.

مذهب به هر نظامی از ایمان یا پرستش اشاره دارد، که لزومی ندارد با تجربه‌ی معنوی همراه باشد.

چرا بحث درباره‌ی معنویت را به تعویق می‌اندازیم؟

بحث درباره‌ی ابعاد معنوی درمان را به دو فصل بعدی موکول خواهیم کرد، زیرا:

۱. معنویت معمولاً با کارهای پیشرفته‌تر در مسیر خودیاری مرتبط است.

۲. کل فلسفه‌ی در دست گرفتن کنترل با جستجوی معنوی در تضاد است.

در حالی که فلسفه‌ی **کنترل** بر مدیریتِ شرایط و هدایت زندگی تأکید دارد، جستجوی معنوی مستلزم رها کردن کنترل و سپردن آن به یک قدرت برتر است.

چگونه می‌توان به معنویت متصل شد؟

اگرچه باید کنترل خود را رها کنیم، اما همچنان باید روی زمان و افکار خود تسلط داشته باشیم، تا بتوانیم با بُعد معنوی خود ارتباط برقرار کنیم.

این کار شامل:

- اختصاص زمان به تمرین‌های معنوی مانند مدیتیشن یا دعا.
- مطالعه‌ی متون معنوی.
- حضور در محافلی مانند مراسم کلیسا برای دریافت حمایت از افراد همفکر.
- پیدا کردن یک معلم مناسب برای راهنمایی در مسیر معنوی.
- جهت‌دهی زندگی از صرفاً رضایت شخصی به کمک به دیگران.

معنویت سطحی از آگاهی است که معمولاً پس از سطوح دیگر رشد می‌کند.

این سطح، زمانی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند که فرد متوجه شود کنترل کامل بر زندگی ممکن نیست—و در این مرحله، رها کردن کنترل و تسلیم شدن به یک نظم بزرگ‌تر، خود نوعی آرامش و رهایی به ارمغان می‌آورد.

تمام سطوح با هم

برای سهولت، فرآیندهای خودکنترلی را به پنج سطح تقسیم کرده‌ام.

با این حال، برخی از رویکردها به‌وضوح اکثر یا تمام این سطوح را هم‌زمان در بر می‌گیرند.

مدیریت استرس: یک رویکرد چندسطحی

مدیریت استرس یکی از این رویکردهاست.

در یادگیری نحوه‌ی کاهش واکنش به عوامل استرس‌زا، باید تمام جنبه‌های خود را زیر نظر بگیریم:

- مشاهده‌ی واکنش‌های غیرضروری بدن به استرس.
- نظارت بر افکار و احساس خود.
- دقت به تعاملات اجتماعی که ممکن است تعادل روانی ما را بر هم بزنند.

. استفاده از تمرین‌های معنوی برای ایجاد آرامش درونی.

هدف‌گذاری: رویکردی که در یک سطح خاص جای نمی‌گیرد

هدف‌گذاری نیز از جمله استراتژی‌هایی است که نمی‌توان آن را فقط به یک سطح محدود کرد.

این مفهوم آشناست:

ما در صورتی از زمان خود به بهترین و سالم‌ترین شکل ممکن استفاده می‌کنیم که اهدافی روشن و رضایت‌بخش برای زندگی‌مان داشته باشیم.

اهداف ما باید:

- انگیزه‌بخش و حتی هیجان‌انگیز باشند.
- به ما انرژی روانی بدهند—مانند حسی که هنگام شروع یک شغل جدید، پروژه‌ی تازه یا یک رابطه‌ی جدید تجربه می‌کنیم.

آیا باید هدف‌گذاری را به پس از بهبودی موکول کنیم؟

وقتی بیمار هستیم، معمولاً به خود می‌گوییم:

“وقتی دوباره خوب شدم، درباره‌ی آنچه واقعاً می‌خواهم انجام دهم، فکر می‌کنم.

اما در اینجا، هدف‌گذاری به‌عنوان یک فرآیند درمانی مطرح می‌شود:

“منتظر نمانید—همین حالا خواسته‌های خود را شفاف کنید و برای تحقق آن‌ها تلاش کنید، زیرا این فرآیند ممکن است به بهبودی شما کمک کند.

سرسختی و ارتباط آن با سلامتی

تحقیقات نشان داده‌اند که حالت ذهنی‌ای به نام سرسختی که شامل:

برخورد با مشکلات به‌عنوان چالشی لذت‌بخش، در دست گرفتن کنترل زندگی،

و تعهد به غلبه بر موانع است، با سلامتی بهتر مرتبط است.

انتخاب اهداف بر اساس مرحله‌ی بیماری

اهداف ما باید متناسب با وضعیت بیماری و شرایط فردی‌مان باشد.

اگر فردی بسیار بیمار باشد و احتمال فوت او در هفته‌ها یا ماه‌های آینده بالا باشد، مهم‌ترین هدف می‌تواند تقویت روابط با عزیزان باشد، نه آغاز پروژه‌ای جدید. اگر احتمال بقای طولانی‌مدت وجود داشته باشد، بیماران باید تشویق

شوند که اهدافی را که همیشه آرزویشان را داشته‌اند، اما هرگز آن‌ها را جدی نگرفته‌اند، مشخص کرده و برای تحقق آن‌ها تلاش کنند.

۹
برقراری ارتباط

هنگامی که با بحرانی مانند سرطان مواجه
می‌شویم
واکنش طبیعی ما این است که تلاش کنیم
کنترل را دوباره به دست بگیریم، و زندگی
ذهنی و جسمی خود را به حالت قبلی
بازگردانیم.

در فصل ۸، اصول کنترل منطقی خود را
بررسی کردیم، از جمله تکنیک‌هایی که

معمولاً در برنامه‌های بیمارستانی آموزش داده می‌شوند، و همچنین روش‌هایی مانند تصویرسازی ذهنی که در این برنامه‌ها کمتر به آن‌ها پرداخته می‌شود.

اما در این فصل و فصل بعدی، به قلمروی کمتر شناخته شده؛ وارد می‌شویم.

هدف ما چیست؟

می‌خواهیم یاد بگیریم که چگونه ابعاد مختلف وجودمان—جسمی، ذهنی، اجتماعی، معنوی—به یکدیگر مرتبط هستند، و چگونه می‌توانیم این ارتباط را افزایش دهیم.

کنترل همچنان مهم است، اما دیگر انگیزه‌ی اصلی ما نیست.

تمرکز این فصل بر روی درک و شناخت است.

چالش اثبات علمی

هرچه از تکنیک‌های مرسوم‌تر فاصله می‌گیریم، پیدا کردن شواهد علمی برای قدرت شفابخشِ **ارتباط بیشتر**، دشوارتر می‌شود.

بنابراین، در اینجا باید بیشتر به تجربیات بیماران و درمانگرانی که از این رویکردها استفاده کرده‌اند، متکی باشیم.

بخش زیادی از مطالب این فصل از حوزه‌ی روان‌درمانی‌هایِ مختلف گرفته شده است.

- دیدگاه‌های معنوی نیز بر اساس آموزش، مطالعات و تجربیات شخصی من (نویسنده) مطرح خواهند شد.
- همچنین به حوزه‌ی غیرمتعارف تجربه‌های فراطبیعی نیز اشاره خواهم کرد، که ممکن است دیدگاه ما را نسبت به واقعیت تغییر دهد.

بازتعریف مفهوم ارتباط و نقش آن در درمان

در این مرحله، ارزش دارد که دوباره به دیدگاه اصلی درباره‌ی ارتباط به‌عنوان راهی برای درمان نگاه کنیم.

این دیدگاه می‌گوید:

ما از یکدیگر یا از دنیای خود جدا نیستیم. بلکه ما تجلی‌هایي موضعی از مادّه و اطّلاعات هستیم که در پیوستگی با کل جهان قرار دارند.

تفاوت دیدگاه غربی و سایر فرهنگ‌ها درباره‌ی ارتباط

در فرهنگ غربی، ما: خود را موجوداتی جدا از یکدیگر، از محیطمان، و حتی از

بدن خود می‌بینیم. گاهی با بدن خود با بی‌احترامی رفتار می‌کنیم، گویی چیزی کاملاً جدا از ماست. این جدایی و انزوا معمولاً از ترس نادرستِ از دست دادن هویت یا از نرسیدن به خواسته‌هایمان ناشی می‌شود. در نتیجه، تمایل داریم محیط اطرافمان را تا حد ممکن کنترل کنیم.

اما در برخی دیگر از فرهنگ‌ها، مانند:

سرخپوستان ناواهو، و بسیاری از سنت‌های بومی دیگر، انسان و زمین بخشی از یک شبکه‌ی جدایی‌ناپذیر، پیچیده و پویا دیده می‌شوند.

انتخاب با ماست

ما دو انتخاب داریم:

۱. می‌توانیم آگاهی خود را از محیط اطراف ببندیم
   - و تأثیرات ویرانگر آن را بر طبیعت ببینیم—اثراتی که اکنون کاملاً آشکار شده‌اند.

۲. یا می‌توانیم آگاهی خود را به سوی درک وابستگیِ متقابل با دیگر موجودات زنده باز کنیم.

- می‌توانیم خود را از لحاظ اجتماعی منزوی کنیم، یا یاد بگیریم که همدلی کنیم و عشق را تجربه نماییم.
- می‌توانیم ذهن عمیق‌تر و بُعد معنوی خود را نادیده بگیریم، یا شروع کنیم به کشف برخی از اسرار آن و شناخت واضح‌تر از این‌که واقعاً چه کسی هستیم.

دیدگاه محدود پزشکی غربی درباره‌ی درمان

پزشکی غربی، فرآیند درمان را فقط از منظر تغییرات فیزیکی بدن به وسیله‌ی

عوامل خارجی و روش‌های پزشکی بررسی می‌کند.

. این دیدگاه تنها به رابطه‌ی علّت و معلول و توالی رویدادها در طول زمان توجه دارد.

در مقابل، دیدگاه **ارتباط بیشتر** بر روی روابط میان اجزای مختلف وجود ما تأکید دارد، نه صرفاً بر رویدادها.

در این دیدگاه، آزادی جریان اطّلاعات بین بخش‌های مختلف بدن و ذهن عامل مهمی در سلامت و درمان است.

فرضیه‌ی اصلی این رویکرد چیست؟

روابط قوی میان ابعاد مختلف وجودی ما، فرآیند درمان را تقویت می‌کند.

چگونه؟

با ایجاد تعادل در سطوح پایین‌تر، از طریق قدرت سازمان‌دهنده‌ی سطوح بالاتر.

به همین دلیل، تمرکز ما از کنترل صرف، به پیروی از توصیه‌ی معروف سقراط تغییر می‌کند:

خودت را بشناس.

اما واقعاً چقدر از ما این فرصت را به خود می‌دهیم؟

سطح ۲: ذهن آگاه

ذهن آگاه نقطه‌ی شروع این بحث است، زیرا دقیقاً در این سطح است که عادت‌هایی را ایجاد می‌کنیم که ما را از دستیابی به پتانسیل‌های گسترده‌تر خود بازمی‌دارند.

من (نویسنده) ادعایی قوی مطرح می‌کنم، تلاش می‌کنم آن را از نظر منطقی توجیه کنم، و در نهایت روش‌های درون‌نگری‌ای را معرفی می‌کنم که شما را قادر می‌سازد تا خودتان این ادعا را بررسی کنید.

ادعا:

ما تا حد زیادی، واقعیت خود را با ذهن خود خلق می‌کنیم.

این دیدگاه مورد پذیرش بسیاری از روان‌درمانگران و احتمالاً تمام عُرفا و جویندگان معنویت است.

آیا جهان، همان‌طور که ما آن را درک می‌کنیم، واقعیت مطلق است؟

ما عادت داریم فکر کنیم که جهان دقیقاً همان‌طور که ما آن را درک می‌کنیم.

اما فیلسوفان شرق و غرب، از دیرباز به ما گفته‌اند که ما نمی‌توانیم به‌طور قطع بدانیم که واقعیت بیرونی چیست.

تنها چیزی که ما واقعاً می‌شناسیم، فعالیت ذهن خودمان است.

برای مثال:

- جهان برای یک سگ، یا یک زنبور عسل، کاملاً متفاوت است.
- چه کسی می‌تواند بگوید که درک انسان از واقعیت، دقیق‌ترین یا واقعی‌ترین برداشت از جهان است؟

نقش فرهنگ و تربیت در شکل‌گیری درک ما از واقعیت

آنچه که ما به‌عنوان واقعیت در نظر می‌گیریم، به‌شدت تحت تأثیر شرایط

فرهنگی، نژادی، اجتماعی و مذهبی ماست.

برای مثال:

تبعیض‌های جنسیتی و نژادی که در بسیاری از جوامع رواج داشته‌اند، محصول همین تربیت‌ها و باورهای فرهنگی‌اند.

مثالی از تأثیر محیط بر رفتار و درک واقعیت

در موارد نادری که کودکان توسط حیوانات وحشی مانند گرگ‌ها بزرگ شده‌اند، مطالعات نشان داده‌اند که:

چنین کودکانی از بسیاری جهات مانند گرگ‌ها رفتار می‌کنند.

این نشان می‌دهد که ادراک و رفتار ما نه‌تنها ذاتی نیست، بلکه به‌شدت توسط محیط شکل می‌گیرد.

چگونه تجربیات دوران کودکی درک ما را از جهان شکل می‌دهند؟

در هر فرهنگ، هر فرد مجموعه‌ای منحصربه‌فرد از تجربیات یادگیری را پشت سر می‌گذارد، که نحوه‌ی نگاه او به جهان را تعیین می‌کند.

مثلاً: اگر یک کودک در محیطی خشن و سخت بزرگ شود، ممکن است جهان را مکانی ناعادلانه ببیند، و دیگران را دشمنانی بداند که باید با آن‌ها جنگید یا از آن‌ها سوءاستفاده کرد.

فیلترهای ذهنی و محدودیت‌های ادراکی ما

ما مجموعه‌ای پیچیده از فیلترهای زیستی، روانی، فرهنگی و فردی داریم که ویژگی‌های دنیایی را که فکر می‌کنیم درک می‌کنیم، تعیین می‌کنند. افکار و اعمال ما بر اساس آنچه باور داریم که در بیرون

وجود دارد، شکل می‌گیرند. در نتیجه، در دنیای محدودی که خودمان ساخته‌ایم، زندگی می‌کنیم.

چرا این موضوع اهمیت دارد؟

گذشته از اینکه اکثر ما چنین محدودیتی را برای خود انتخاب نمی‌کنیم، این محدودیت توانایی ما را برای ارتباط عمیق‌تر با تمام ابعاد وجودی خود کاهش می‌دهد.

در زمینه‌ی درمان و شفای درونی، این عدم ارتباط داخلی، مانع از درگیر شدن

تمام سطوح وجودی ما در روند درمان می‌شود.

نمونه‌هایی از باورهای محدودکننده در بیماران سرطانی

در میان بیماران سرطانی که من (نویسنده) با آن‌ها کار کرده‌ام، برخی نگرش‌های بازدارنده بسیار رایج بوده‌اند:

۱. من ذاتاً فردی گناهکار و بی‌ارزش هستم.

این باور اغلب از تربیت دوران کودکی ناشی می‌شود.

اگر فرد در کودکی احساس کرده باشد که دائماً از سوی والدین خود مورد انتقاد قرار می‌گیرد، ممکن است در بزرگسالی خود را نالایق و بی‌ارزش ببیند.

۲. بهتر است از احساس اجتناب کنم.

اگر فرد یاد گرفته باشد که تجربه‌ی احساسی خطرناک است، ممکن است در روابط خود دچار مشکل در صمیمیت شود و حتی درک احساس واقعی خود را سرکوب کند.

۳. همیشه باید کنترل همه چیز را در دست داشته باشم.

این باور پذیرش راهنمایی از سوی قدرتی بالاتر را بسیار سخت می‌کند.

در نتیجه، پیشرفت معنوی فرد را محدود می‌سازد.

چگونه می‌توانیم خود را از زندان‌های ذهنی خود آزاد کنیم؟

گاهی اوقات، افراد تحت فشار بیماری‌های تهدیدکننده‌ی زندگی، ناگهان به درک‌های عمیقی می‌رسند. اما در اغلب موارد، این فرآیند؛ تدریجی و زمان‌بر است.

کلید اصلی این تغییر، آگاهی از ذهن است. باید ذهن خود را مشاهده کنیم و تبدیل به ناظر افکار خود شویم.

چگونه مشاهده‌ی ذهن به ما کمک می‌کند؟

یادداشت‌برداری روزانه از افکار و بینش‌ها، این یادگیری را بسیار تسهیل می‌کند.

برای مثال، یک تجربه‌ی معمولی در مراحل اولیه‌ی این فرآیند ممکن است این‌گونه باشد:

من هر بار که در کنار او هستم، احساس ناراحتی می‌کنم، اما دقیقاً نمی‌دانم چرا.

شاید او مرا به یاد شخص دیگری می‌اندازد...
در واقع، او خیلی شبیه به پدرم رفتار می‌کند—نه از نظر ظاهری، بلکه از نظر نحوه‌ی پافشاری روی خواسته‌هایش. این رفتار، مرا آزار می‌دهد! اما این درست نیست؛ او آدم متفاوتی است و رابطه‌ی ما کاملاً متفاوت است. دفعه‌ی بعد که او را ببینم، سعی می‌کنم از افکارم آگاه باشم و کینه‌های دوران کودکی را وارد این رابطه نکنم.

چگونه نوشتن و مرور یادداشت‌ها باعث تغییر می‌شود؟

وقتی این بینش‌ها را در قالب دفترچه‌ی خاطرات یا ژورنال ثبت کنیم و به‌طور منظم مرور کنیم، متوجه خواهیم شد که الگوهای واکنش ما در موقعیت‌های مختلف، نسبتاً محدود و تکراری هستند.

پس از شناخت این الگوها، متوجه می‌شویم که بارها آن‌ها را تکرار کرده‌ایم.

همین آگاهی، به ما این فرصت را می‌دهد که چرخه‌ی قدیمی را بشکنیم و تغییر ایجاد کنیم.

نقش روان‌درمانی در کشف و تغییر الگوهای ذهنی

اگرچه افراد بااراده می‌توانند بسیاری از این کارها را به‌تنهایي انجام دهند—شاید با مطالعه درباره‌ی نحوه‌ی عملکرد ذهن به آگاهی بیشتری بتوان رسید.(نگاه کنید به بخش مطالعه‌ی بیشتر)—اما برای اکثر ما، دریافت کمک از فردی که در روان‌درمانی آموزش دیده است، بسیار مفید و احتمالاً ضروری است.

چرا دریافت کمک از یک روان‌درمانگر ضروری است؟

زیرا همه‌ی ما تعدادی مکانیزم روانی یا دفاع‌های ذهنی داریم که برای محافظت از خود ایجاد کرده‌ایم.

الگوی این مکانیزم‌ها و شدت آن‌ها در هر فرد متفاوت است. بسیاری از این دفاع‌ها ناکارآمد یا حتی مضرّ هستند.

اغلب ما حتی متوجه نمی‌شویم که این دفاع‌ها در حال عمل کردن هستند. با این حال، ما به‌شدت به آن‌ها وابسته‌ایم و ترک آن‌ها دشوار است.

مکانیزم‌های دفاعی ذهن و نقش آن‌ها در درک ما از واقعیت

یکی از مکانیزم‌های دفاعی ذهنی که اغلب ناآگاهانه عمل می‌کند، **فرافکنی** است.

در این حالت، ما انگیزه‌هایی مانند خصومت را که در درون خودمان وجود دارد، به دیگران نسبت می‌دهیم.

مثال:

یکی از مراجعان من باور داشت که تقریباً همه‌ی اطرافیانش در پی سوءاستفاده از او هستند. اما در واقع، این تصور بازتابی از نگرش خود او نسبت به دیگران بود.

دیگر مکانیزم‌های دفاعی: سرکوب احساس

سرکوب احساس نیز یکی از رایج‌ترین مکانیزم‌های دفاعی است.

ریشه‌ی این دفاع معمولاً به دوران کودکی بازمی‌گردد.

اگر کودک یاد گرفته باشد که والدینش ابراز احساس را نمی‌پسندند، ممکن است در بزرگسالی نیز احساس خود را سرکوب کند.

برای درک و تغییر این الگوها، فردی که به‌طور جدی در مسیر خودشناسی قدم برداشته است، نیاز به راهنمایي از کسی

دارد که با سازوکارهای ذهن انسان آشنا باشد.

چگونه یک روان‌درمانگر مناسب انتخاب کنیم؟

تنوع روش‌های روان‌درمانی ممکن است در ابتدای جست‌وجو برای درمانگر، گیج‌کننده باشد.

معیارهای انتخاب روان‌درمانگر:

1. اعتبار حرفه‌ای:

- بررسی کنید که آیا درمانگر از سوی یک نهاد حرفه‌ای معتبر تأیید شده است یا خیر.

۲. تجربه‌ی عملی:

- از درمانگر بپرسید که چقدر تجربه‌ی کار با افراد در شرایط مشابه شما را دارد.

۳. بررسی ارتباط درمانی:

- چند جلسه‌ی آزمایشی برگزار کنید تا ببینید آیا شما و درمانگر می‌توانید ارتباط مؤثری برقرار کنید یا نه.

هیچ نوع روان‌درمانی خاصی را نمی‌توان به‌عنوان بهترین روش معرفی کرد. آنچه اهمیت دارد، پیدا کردن فرد درمانگری است که چالش ایجاد کند، اما در عین

حال محیطی حمایت‌کننده و گرم فراهم آورد.

تجربه‌ی شخصی نویسنده در روان‌درمانی

پس از سال‌ها امتحان کردن روش‌های مختلف روان‌درمانی به‌صورت سطحی، زمانی که خودم به سرطان مبتلا شدم، تصمیم گرفتم درمانی جدّی را آغاز کنم.

در این دوره، به مدت طولانی، دو بار در هفته، نزد یک روانپزشک تحلیل‌گرِ آموزش‌دیده رفتم، و این تجربه برایم بسیار مفید بود—و مکمل تلاش‌های فردی‌ام شد.

آیا تغییر رفتار کافی است؟

تنها تغییر رفتار کافی نیست؛ ما باید افکار خود را نیز تغییر دهیم.

چرا تغییر افکار دشوار است؟

- این کار آسان نیست، زیرا افکار ما ریشه‌های عمیق دارند.
- همه‌ی افراد قادر به این تغییر نیستند، به‌ویژه اگر بیمار باشند.
- اگر انرژی روانی و جسمی کافی نداشته باشیم، تغییر الگوهای قدیمی سخت خواهد بود.

در شرایطی که فرد در آستانه‌ی مرگ قرار دارد، تلاش برای تغییر افکار و رفتار نباید هدف اصلی باشد.

در چنین مواقعی، آنچه بیشترین اهمیت را دارد، تقویت ارتباطات اجتماعی و معنوی است.

بدن: سطح ۱

در این بخش، نکات زیادی فراتر از بدیهیات نمی‌توان گفت.

ارتباط بیشتر با بدن، شامل آگاهی از نیازهای آن و تأمین این نیازهاست.

اما ذهن اغلب در این فرآیند دخالت می‌کند، و چیزهایی را طلب می‌کند که بدن واقعاً به آن‌ها نیازی ندارد—مانند مصرف بیش از حد غذاهای خوشمزه.

نقش روان‌شناسی در درک نیازهای بدن

بخش عمده‌ای از کار ما در سطح بدن، در نهایت یک تمرین ذهنی است:

یادگیری تفکیک بین نیازهای واقعی بدن و تمایلات ذهن برای تحریک حسی.

. باید یاد بگیریم که بدن خود را با محبت ببینیم، به‌عنوان وسیله‌ای قابل اعتماد برای تجربه‌ی زندگی، و به‌عنوان کانالی

که از طریق آن می‌توانیم آگاهی بیشتری نسبت به دنیای مادّی، روانی و معنوی کسب کنیم.

چگونه به نیازهای بدن خود گوش دهیم؟

با دقت به سیگنال‌های بدن، متوجه می‌شویم که کدام غذاها ما را در بهترین وضعیت نگه می‌دارند.

با گذر زمان، احتمالاً با کاهش مصرف گوشت و چربی‌ها، رژیم غذایی سبک‌تری برای خود انتخاب خواهیم کرد.

با شناخت بهتر احساس بدن در هنگام استراحت و ورزش کافی، بیشتر برای تأمین این نیازها تلاش خواهیم کرد.

لمس انسانی برای همه‌ی ما ضروری است.

بسیاری از افراد نیاز شدیدی به ابراز جنسی دارند، اما بخشی از این نیاز ممکن است از سوی ذهن تحمیل شده باشد، زیرا ذهن ما در معرض نمادهای جنسی در رسانه‌ها قرار دارد.

چگونه ارتباط ذهن و بدن را افزایش دهیم؟

یکی از بهترین راه‌ها برای افزایش حساسیت نسبت به ارتباط ذهن و بدن، یادگیری یکی از تکنیک‌های آگاهی بدنی است.

تکنیک‌های شرقی آگاهی بدنی

1. هاثا یوگا | هند
   - مجموعه‌ای از حرکات کششی با معانی نمادین.
2. تای‌چی | چین
   - حرکات نرم و روان بدن با اثر مدیتیشن.

من (نویسنده) با هر دو روش تجربه دارم و می‌توانم مفید بودن آن‌ها را تأیید کنم، اما باید معلم خوبی پیدا کنید.

تکنیک‌های غربی آگاهی بدنی

۱. روش الکساندر (Alexander Technique)

- بهبود وضعیت بدن و حرکت از طریق تمرین آگاهی.

۲. روش فلدنکرایس (Feldenkrais Method)

حرکات اصلاحی برای افزایش آگاهی از بدن و جلوگیری از تنش‌های غیرضروری.

۳. ماساژ عمیق بافت (Deep Tissue Massage)

رهایی از تنش‌های عضلانی عمیق.

۴. روش فوکوسینگِ گندلین (Gendlin’s Focusing)

فرآیندی برای کشف و درک معنای حس‌های بدنی.

بیشتر این تکنیک‌های آگاهی بدنی اگر به‌طور منظم و طولانی‌مدت تمرین شوند، می‌توانند بینش‌های عمیقی درباره‌ی ارتباط ذهن، بدن و جهان ارائه دهند.

چگونه روش مناسب را پیدا کنیم؟

در دنیای کار بر روی بدن، بیشتر از سایر حوزه‌های خودیاری، ممکن است با گروه‌هایی از طرفداران متعصّب مواجه شوید!

بنابراین، توصیه‌ی من این است که:

1. به اعتبار و صلاحیت معلمان این روش‌ها دقت کنید.
2. زندگی شخصی و دستاوردهای آن‌ها را بررسی کنید—آیا آنچه آموزش می‌دهند را در زندگی خود اجرا می‌کنند؟
3. با شاگردان آن‌ها صحبت کنید.

۴. چند روش محدود را امتحان کنید، سپس یکی را انتخاب کرده و به آن پایبند بمانید.

ذهن عمیق‌تر: سطح ۳

استعاره‌ی عمق در روانشناسی برای توصیف طیفی از عملکردهای ذهنی به کار می‌رود.

لایه‌های مختلف ذهن

۱. افکار سطحی: این افکار به‌راحتی در دسترس آگاهی ما هستند و در تفکر

منطقی و خودآگاه درباره‌ی رویدادها استفاده می‌شوند.

۲. افکار سرکوب‌شده: این افکار به‌وسیله‌ی مکانیزم‌های دفاعی ذهن سرکوب شده‌اند و دسترسی به آن‌ها دشوارتر است.

۳. عملکردهای ذهنی اولیه: شامل احساس و تصویرسازی ذهنی هستند. احتمالاً این عملکردها پیش از تفکر منطقی در روند تکامل ایجاد شده‌اند.

۴. فرآیندهای خودکار مغز:

شامل تنظیم ضربان قلب، فشار خون و سایر فعالیت‌های بدنی هستند. این عملکردها معمولاً خارج از آگاهی ما هستند، اما می‌توانیم از طریق تکنیک‌هایی مانند تصویرسازی ذهنی یا **بیوفیدبک** تا حدّی بر آن‌ها تأثیر بگذاریم.

نقش ذهن عمیق‌تر در درمان

از آنجا که سطوح عمیق‌تر ذهن به عملکردهای بدن نزدیک‌تر هستند، می‌توان فرض کرد که بر فرآیند درمان تأثیر دارند.

اما بزرگ‌ترین مانع در این مسیر، عقلانیّت بیش‌ازحدّ ماست.

. اگر سعی کنیم احساس واقعی خود را کشف کنیم، ذهن آگاه معمولاً پاسخی سریـع و سطحی ارائه می‌دهد.

. مثلاً اگر از کسی بپرسیم که سرطان برای او چه معنایی دارد، معمولاً پاسخ کلیشه‌ای می‌دهد:

مرا می‌ترساند، چون ممکن است بمیرم و دیگر نتوانم از خانواده‌ام مراقبت کنم.

حتی اعتراف به این پاسخ نیز برای برخی افراد دشوار است.

اما در سطح عمیق‌تر، احساس و افکار سرکوب‌شده‌ی دیگری نیز وجود دارند، که از فردی به فرد دیگر متفاوت‌اند.

نمونه‌هایی از احساس و افکار سرکوب‌شده در بیماران سرطانی

۱. بخشی از من می‌خواهد بمیرد.
   - چرا؟ شاید زندگی دشوار شده و مرگ را راهی برای فرار از مشکلات ببینند.
   - شاید بیماری را به‌عنوان راهی برای دریافت همدلی و توجه ببینند، در

حالی که همیشه فردی قوی بوده است.

2. من سزاوار این بیماری هستم.
   - احساس گناه و بی‌ارزشی عمیق، در برخی افراد باعث می‌شود که سرطان را نوعی مجازات ببینند.

چرا شناخت این احساس ضروری است؟

اگر واقعاً بخواهیم بفهمیم که سرطان برای ما چه معنایی دارد، باید از این افکار و احساسِ پنهان آگاه شویم.

اگر آن‌ها را نشناسیم، تغییر دادنشان بسیار دشوار خواهد بود.

این مسئله فقط درباره‌ی سرطان صِدق نمی‌کند، بلکه در تمام جنبه‌های زندگی ما نیز قابل اجراست:

- . چگونه دیگران را می‌بینیم؟
- . چگونه به شغلمان نگاه می‌کنیم؟
- . چگونه روابط عاطفی‌مان را تجربه می‌کنیم؟

چگونه می‌توانیم ارتباط بیشتری با ذهن عمیق‌تر خود برقرار کنیم؟

به‌طور سنّتی، هدف روان‌درمانی این بوده است که ناخودآگاه را به آگاهی بیاورد.

. برخی روش‌های درمانی بر وقایع و باورهای دوران کودکی تمرکز دارند، زیرا بسیاری از الگوهای فکری فعلی ما از همان دوران نشأت گرفته‌اند.

. روانکاوی (Psychoanalysis) احتمالاً جامع‌ترین روش در این زمینه است، اما نیاز به چندین جلسه در هفته طی چندین سال دارد.

آیا چنین بررسی عمیقی از گذشته، برای تغییر ضروری است؟

در این مورد، بین متخصصان اختلاف نظر وجود دارد.

برخی از رویکردهای درمانی کوتاه‌مدت‌تر، بیشتر بر لحظه‌ی حال تمرکز دارند.

اما صرف‌نظر از روش، هر روان‌درمانگر خوب به ما کمک می‌کند که نسبت به ایده‌ها و احساس سرکوب‌شده‌ی خود آگاهی بیشتری پیدا کنیم.

چگونه روان‌درمانی به ما کمک می‌کند؟

- به درک واقعی‌تری از افکار و احساس خود می‌رسیم.
- زندگی ما اصیل‌تر و معنادارتر می‌شود.

. اما این فرآیند لزوماً راحت نیست—
بلکه ممکن است، به‌ویژه در ابتدا، ما
را با ناراحتی‌های زیادی روبه‌رو کند.

مثلاً ممکن است متوجه شویم که بسیاری از انگیزه‌های ما در موقعیت‌های مختلف خودخواهانه بوده‌اند، یا اینکه نسبت به کسی که باید دوستش داشته باشیم، در واقع احساس خشم داریم.

اما روبه‌رو شدن با این حقیقت‌ها ضروری است، زیرا تنها از طریق درک عمیق‌تر خود، می‌توانیم تغییرات پایدار و واقعی ایجاد کنیم.

چگونه می‌توانیم به‌تنهایی روی ذهن عمیق‌تر خود کار کنیم؟

دو روش کلیدی وجود دارد:

۱. تمرین مشاهده‌ی خود (Self-Observation)

- همان‌طور که پیش‌تر توضیح داده شد، می‌توانیم افکار و احساس خود را زیر نظر بگیریم و آن‌ها را یادداشت کنیم.
- این کار به شناسایی الگوهای ناخودآگاه ذهنی ما کمک می‌کند.

۲. استفاده از تصویرسازی ذهنی (Mental Imagery)برای دو هدف:

هدف اول: کشف افکار و احساس عمیق خود

در حالت آرامش، کسی را که برای ما مهم است تصور کنیم.

. ممکن است متوجه شویم که احساس ناشناخته‌ای نسبت به او داریم، که تا پیش از این پشت افکار سطحی و آگاهانه‌ی ما پنهان بوده‌اند.

هدف دوم: ایجاد تغییر در نگرش‌ها و بدن خود

. مثلاً اگر نسبت به کسی خشم داریم، می‌توانیم در ذهن خود او را ببخشیم،

او را در آغوش بگیریم یا با او صحبت کنیم.

- می‌توانیم او را در ذهن خود سرشار از نور ببینیم.
- این تکنیک را می‌توان برای جنبه‌های مختلف زندگی به کار برد—مثلاً برای آماده شدن برای یک موقعیت استرس‌زا، یا برای جذب آنچه می‌خواهیم.

چرا این روش متفاوت از روش‌های رایجِ توسعه‌ی فردی است؟

بسیاری از روش‌های مدرن **خودیاری**، صرفاً بر کنترل بیرونی تأکید دارند.

اما رویکرد مطرح‌شده در این فصل، ابتدا بر شناخت عمیق‌تر خود متمرکز است:

- چرا می‌ترسیم؟
- چرا از کسی بیزاریم؟
- چرا می‌خواهیم خوب شویم؟
- آیا دلایلی ناخودآگاه برای خواستِ باقی ماندن در وضعیت بیماری وجود دارد؟

چرا این رویکرد با روش‌های رایج خودیاری متفاوت است؟

بسیاری از روش‌های مدرن خودیاری بر کنترل بیرونی تمرکز دارند، در حالی که این رویکرد ابتدا بر شناخت عمیق‌تر خود تأکید دارد.

به جای تحمیل تغییرات سطحی، این روش به ما کمک می‌کند تا:

. علّت ترس‌های خود را درک کنیم.

. دلیل نفرت‌ها و نارضایتی‌های خود را شناسایی کنیم.

. به انگیزه‌های ناخودآگاه خود در مسیر بهبودی یا حتی تمایل پنهان به بیمار ماندن پی ببریم.

بدون شناخت این پاسخ‌ها، هر تلاشی برای تغییر، سطحی و موقتی خواهد بود.

دو روش دیگر برای کشف ذهن عمیق‌تر

علاوه بر مشاهده‌ی خود و تصویرسازی ذهنی، دو روش دیگر نیز برای درک ذهن عمیق‌تر وجود دارد:

۱ .تحلیل رویاها(Dream Analysis)

رویاها به ما نشان می‌دهند که در ذهن عمیق‌تر ما چه می‌گذرد.

اما همان‌طور که فروید نشان داد، پیام‌های موجود در رویاها معمولاً به‌صورت غیرمستقیم و نمادین ظاهر می‌شوند.

- همه‌ی ما خواب می‌بینیم.
- می‌توانیم یاد بگیریم که خواب‌هایمان را ثبت و تحلیل کنیم.
- کتاب‌هایی در این زمینه می‌توانند راهنمایی‌های مفیدی ارائه دهند (برخی از این منابع در بخش مطالعه‌ی بیشتر معرفی شده‌اند).

۲ .مدیتیشن(Meditation)

مدیتیشن جریان افکار آگاهانه را آرام می‌کند و به ذهن اجازه می‌دهد تا محتواهای عمیق‌تری را آشکار کند.

. این روش یکی از قوی‌ترین ابزارها برای دسترسی به ناخودآگاه است.

. در فصل‌های بعدی، بیشتر درباره‌ی این موضوع بحث خواهد شد.

قدرت‌های غیرمتعارف ذهن: آیا ذهن ما فراتر از محدودیت‌های عادی عمل می‌کند؟

در اینجا به موضوع بحث‌برانگیزی می‌رسیم: آیا ذهن انسان دارای توانایی‌های فراتر از درک رایج ما از واقعیت است؟

بسیاری از افراد تجربه‌هایی داشته‌اند که از دیدگاه سنّتی زمان و مکان؛ غیرممکن به نظر می‌رسند.

نمونه‌هایی از توانایی‌های ذهنی غیرعادی:

۱. دانستن آنچه در ذهن دیگران می‌گذرد، حتی زمانی که آن شخص در فاصله‌ی بسیار دوری قرار دارد.

۲. پیش‌آگاهی(Precognition) ، یا داشتن دانش از رویدادهایی که هنوز اتفاق نیفتاده‌اند.

آیا این تجربیات واقعی هستند؟ یا فقط تصادفی‌اند؟

. باید مراقب باشیم که این تجربه‌ها صرفاً حاصل تصادف یا تفسیرِ اشتباه نباشند.

. اما برخی آزمایش‌های کنترل‌شده نشان داده‌اند که تحت شرایط خاص، افراد می‌توانند تصویری از چیزی که دیگران،

در فاصله‌ی چندین کیلومتری، در حال دیدن آن هستند، دریافت کنند.

پیش‌آگاهی و توانایی‌های فراتر از زمان و مکان

پیش‌آگاهی (Precognition) به توانایی دانستن اتفاقاتی که هنوز رخ نداده‌اند، اشاره دارد.

من (نویسنده) در زندگی شخصی خود مواردی کاملاً متقاعدکننده از این پدیده را تجربه کرده‌ام.

شاید بیان این موضوع برای برخی خوانندگان غیرقابل‌پذیرش باشد، اما

رویکرد علمی و صادقانه اقتضا می‌کند که ذهن خود را نسبت به پدیده‌های فراروانی باز نگه داریم، در عین حال که با دقت؛ هرگونه احتمال خطای ذهنی را بررسی کنیم.

آیا تجربه‌ی شخصی، استدلال‌های مخالف را بی‌اثر می‌کند؟

. کسانی که این پدیده‌ها را توهم یا تصادفی می‌دانند، استدلال‌هایی علیه آن دارند.

. اما یک تجربه‌ی شخصی قاطع، معمولاً باعث می‌شود که فرد این استدلال‌ها را نادیده بگیرد.

به همان شکلی که پرواز ماشین‌های سنگین‌تر از هوا، استدلال‌های دانشمندان قبل از برادران رایت را که پرواز را غیرممکن می‌دانستند، کاملاً بی‌اثر کرد.

تجربیات ماورایی دیگر

پدیده‌ای حتی عجیب‌تر از پیش‌آگاهی، تجربه‌ی خروج از بدن (Out of Body Experience)است.

در این وضعیت، افراد بدن خود را از بیرون و از یک موقعیت غیرجسمانی مشاهده می‌کنند.

- من بیمارانی را دیده‌ام که چنین تجربه‌هایی داشته‌اند، چه در حین تمرین‌های آرام‌سازی و چه در زمان بیهوشی برای جراحی.
- این پدیده ممکن است به تجربه‌های نزدیک به مرگ (Near Death Experiences) و "زندگی‌های گذشته (Past Life Experiences) مرتبط باشد.

ارتباط با دنیای دیگر: آیا ممکن است؟

دریافت اطّلاعات از یک حوزه‌ی دیگر (چنلینگ یا ارتباط معنوی) نیز با دیدگاه‌های علمی مرسوم در تضاد است.

با این حال، این تجربه‌ها در فرهنگ‌ها و زمان‌های مختلف ثبت شده‌اند و به چالش کشیدن حقیقتِ آن‌ها نیازمند بررسی دقیق‌تر است.

در حالی که بسیاری از این پدیده‌ها هنوز از نظر علمی اثبات نشده‌اند، تجربه‌های شخصی افراد و برخی مطالعات

کنترل‌شده، ما را وادار به بازنگری در درک سنّتی خود از واقعیت می‌کند.

تجربیات فراروانی: آیا ذهن ما فراتر از مرزهای فیزیکی عمل می‌کند؟

بسیاری از افراد، وقتی مورد پرسش قرار می‌گیرند، اعتراف می‌کنند که تجربیات فراروانی داشته‌اند.

حتی اگر خطاهای ذهنی و موارد فریب‌آمیز را در نظر بگیریم، باز هم به نظر می‌رسد که چنین تجربه‌هایی نسبتاً رایج هستند.

تکنیک‌های آرام‌سازی ذهن، مانند مدیتیشن، ممکن است این توانایی‌ها را تقویت کنند.

بررسی علمی دقیق این پدیده‌ها نیازمند مطالعات بیشتری است، اما مطرح کردن آن‌ها می‌تواند درک ما از روند درمان را تغییر دهد.

اگر پیش‌آگاهی ممکن باشد، چه چیزی تغییر می‌کند؟

اگر ما بتوانیم آینده را ببینیم، این بدان معناست که توالی علّت و معلول در زمان، انعطاف‌پذیر است!

یعنی شاید اَعمال فعلی ما حتی بتوانند گذشته را تحت تأثیر قرار دهند.

این موضوع چالش بزرگی برای درک ما از زمان و واقعیت ایجاد می‌کند.

اگر تجربه‌های خروج از بدن واقعی باشند، چه معنایی دارد؟

اگر بتوانیم در حالتی غیرجسمانی بدن خود را مشاهده کنیم، این نتیجه‌گیری امیدبخش به دست می‌آید که:

ما بیش از یک موجود فیزیکی هستیم.

نقش ذهن عمیق‌تر و ارتباط آن با معنویت

مدلی که در این فصل بررسی کردیم، یعنی تقسیم ذهن و درمان به پنج سطح، ممکن است ناکافی باشد، زیرا به نظر می‌رسد که ذهنِ عمیق‌تر با بُعد معنوی ادغام می‌شود.

در فصل بعد، بیشتر به این موضوع خواهیم پرداخت.

ارتباط این موضوعات با یافته‌های فیزیک مدرن

حتی فیزیک مدرن نیز به ما می‌گوید که درک ما از فضا و زمان محدود است.

زمان خطی نیست؛ بلکه ساخته‌ی ذهن ماست.

به نظر می‌رسد که ذراتی مانند الکترون‌ها می‌دانند ، حتی در فواصل زیاد، که سایر ذرات چه می کنند.

ارتباط بهتر در سطح اجتماعی در نهایت

به درک بهتر خود در سطح روان‌شناختی

بستگی دارد. هدف ما این است که بتوانیم

رنجش‌ها را کنار بگذاریم و به‌جای آن

عشق را احساس کنیم، آن را ابراز کنیم

(چه از طریق افکار و اعمال، چه بدون نیاز به بیان مستقیم) و از دیگران بپذیریم. موانع اصلی برای رسیدن به این حالت مطلوب این است که نیازها، ترس‌ها و حس جدایی ما آن‌قدر قوی هستند که دیگران، با خواسته‌ها و امیال فردی خود، ناگزیر ما را دچار ناامیدی و سرخوردگی می‌کنند. با درک این تمایل ها و کار کردن بر روی کاهش تسلط آن‌ها، می‌توانیم

روابط خود را به‌طور قابل‌توجهی بهبود دهیم.

. تمرین‌های معنوی نیز در این مسیر کمک می‌کنند، زیرا احساس یکی بودن با همه چیز را در ما تقویت کرده و هیاهوی تمایلات حسی را آرام می‌کنند؛ بسیاری از مراقبه‌کنندگان گزارش می‌دهند که در طی مراقبه احساس عشق و محبت نسبت به دیگران—

کسانی که نمی‌شناسند—و حتی نسبت به حیوانات و گیاهان پیدا می‌کنند. اما به نظر من، تمرین‌های معنوی به‌تنهایی برای بیشتر ما کافی نیستند؛ کار روان‌شناختی نیز ضروری است. در این مرحله از سفر ما، سطح اجتماعی و روان‌شناختی با هم پیوسته‌اند، درست مانند سطح معنوی و ذهن عمیق‌تر. ایده‌ی مرکزی در سطح معنوی این است که ما همگی بخشی از یک نظم،

قدرت یا هوش برتر هستیم که بسیار فراتر از وجود فردی ماست. این نظم در فرهنگ‌های مختلف با نام‌های گوناگونی شناخته شده است: خدا، یگانگی، تائو یا راه، نظم الهی، هوش کیهانی. گاهی اوقات این قدرت به‌صورت یک شخص انگاشته شده است: الله، یهوه، پدر یا مادر الهی (چراکه نخستین **خدایان** ما والدینمان بودند و طبیعی است که قدرت برتر را

به همین شکل شخصی‌سازی کنیم).
افراد تاریخی‌ای که ارتباط معنوی قوی داشتند، اغلب به‌عنوان خدایان یا نیمه‌خدایان در نظر گرفته شده‌اند؛ برای مثال، عیسی، بودا و راماکریشنا.
مذاهب، که نظام‌های سازمان‌یافته‌ای از آیین‌ها و باورها هستند، حول تجربه‌ی معنویِ بنیان‌گذارانشان شکل گرفته‌اند و البته بسیار متنوع‌اند، اما بینش‌های بنیادین آن‌ها در طول

فرهنگ‌ها و قرن‌ها یکسان به نظر می‌رسند. بخش معنوی سفر درمانی ما این است که یاد بگیریم جایگاه خود را در این نظم متعالی تجربه کنیم.

چگونه می‌توانیم بدانیم که چنین نظمی وجود دارد؟

. نخست، ما گواهی‌های مشابهی از عارفان بزرگ در دوره‌ها و فرهنگ‌های مختلف داریم—افراد برجسته‌ای که

زندگی خود را وقف درک معنویت کرده‌اند. بیشتر آن‌ها از یگانگی، عشقِ جهانی و راهنماییِ‌هایی که برای جوینده‌ی حقیقت در دسترس است، سخن گفته‌اند.

. سپس، اگر بخواهیم آن را در نظر بگیریم، شواهدی از رویدادهای فراوانی مانند تجربه‌های نزدیک به مرگ وجود دارد. در این تجربه‌ها، افرادی که در آستانه‌ی مرگ بوده‌اند،

اغلب گزارش داده‌اند که از تونلی عبور کرده و وارد فضایی مملو از عشق و نور شده‌اند، جایی که ممکن است چهره‌هایی از دوستان و بستگان فوت‌شده‌ی خود را ببینند، و در نهایت به آن‌ها گفته شود که زمانشان هنوز نرسیده و باید بازگردند.

. این روایت‌ها ممکن است به‌عنوان هذیان نادیده گرفته شوند، اما شباهت چشمگیر بسیاری از آن‌ها

باعث می‌شود که چنین تفسیری ناکافی باشد.

. بااین‌حال، متقاعدکننده‌ترین عامل، دانش شخصی است—نه پذیرش بی‌چون‌وچرای یک باور آرامش‌بخش، بلکه تجربه‌ی واقعی این نظم متعالی.

. شکّاکان ممکن است بپرسند :چرا من چنین تجربه‌ای نداشته‌ام؟

. می‌توان از یک قیاس استفاده کرد : فرض کنید فردی تمام عمر خود را

درون یک غار محبوس بوده و هرگز از
وجود افراد دیگر آگاه نشده است، یا
به او گفته شده اما حاضر به باور آن
نبوده است. نظم اجتماعی برای چنین
فردی تقریباً غیرقابل‌تصور خواهد بود؛
حتی اگر آزاد شود، احتمالاً درک یا
ارتباط با جامعه برایش دشوار خواهد
بود.

. به‌همین‌ترتیب، ما نیز اغلب در افکار
خود محبوس هستیم، احساس جدایی

درونی داریم و هر چیزی را که نمی‌توانیم ببینیم، انکار می‌کنیم.

. بااین‌حال، راهنمایی‌های رهبران بزرگ معنویِ جهان و بسیاری از زن و مردانی که در طول تاریخ ارتباط خود را با این بُعد برقرار کرده‌اند، در دسترس ماست.

. جستجوگر معنوی باید نقش فعالی ایفا کند؛ او نیاز به ذهنی باز و تمایل به پیروی از روش‌هایی دارد که دیگران از

طریق آن‌ها موفق شده‌اند .اما پذیرش غیرانتقادیِ هیچ عقیده‌ای ضروری نیست؛ درواقع، چنین کاری ممکن است پیشرفت فرد را متوقف کند.

. این روش‌ها چیستند؟ برخی از کتاب‌های معرفی‌شده در بخش مطالعه‌ی بیشتر به این موضوع پرداخته‌اند، اما طبق درک من، مهم‌ترین روش‌ها به شرح زیر هستند:

. ذهن نیاز به آرامش دارد، و برای این منظور، انواع مختلف مدیتیشن طراحی شده‌اند.

. مدیتیشن را می‌توان به‌عنوان آگاهی مبتنی بر تمرکز در غیاب نسبی افکار تعریف کرد.

. مدیتیشن شامل مجموعه‌ای گسترده از تکنیک‌هاست که همگی کاهش سرعت جریان عادی افکارِ آگاهانه را در بر می‌گیرند، تا حالتی تغییریافته از ذهن

ایجاد شود که شبیه به گوش سپردنِ
درونی است.
. تمرکز بر یک ایده، صدا، نماد یا
فعالیت، و رها کردن سایر افکار، حالتی
از آرامش عمیق و آگاهی هشیارانه را
ایجاد می‌کند .برخی از انواع دعا نیز
ممکن است اثر مشابهی داشته باشند.
. پرورش آگاهانه‌ی حس قداست در
زندگی، همراه با فروتنی، سپاسگزاری و

شفقت نسبت به دیگران، نیز به تقویت ارتباط معنوی کمک می‌کنند.

. دیدارهای منظم با افرادی که در همین مسیرِ جستجو هستند، احتمالاً برای بیشتر ما ضروری است.

. گرایش به خدمت‌رسانیِ بی‌منّت، و پذیرش راهنمایی از این منبع والاتر، مهم است.

. همچنین، در کنار این روش‌های سنّتیِ معنوی، انجام کار روان‌شناختی برای

شناسايي و کنار گذاشتن موانعی که مانع از اجرای این روش‌ها می‌شوند، ضروری است.

. همان‌طور که بینش‌های روان‌شناختی گاهی ناگهانی پدیدار می‌شوند، آگاهی معنوی نیز ممکن است به‌طور ناگهانی ایجاد شود—به‌ویژه زمانی که زندگی فرد در معرض تهدید باشد .اما معمولاً این آگاهی، زمانی که فرد چنین

رویکردی را در زندگی اتخاذ کند، به‌آرامی و در طول سال‌ها رشد می‌کند.

به‌مرور زمان، اهمیت خودِ خودخواهانه کاهش می‌یابد، و در عوض، نوعی آرامش و حس ارتباط عاشقانه با دیگران پدیدار می‌شود.

آگاهی از اینکه مرگ پایان نیست، افزایش می‌یابد و با این درک، ترس از مرگ کاهش می‌یابد.

البته، این حالت دلپذیر می‌تواند به‌راحتی با رویدادهای استرس‌زا مختل شود، اما با تمرین، سریع‌تر بازمی‌گردد و مدت بیشتری دوام می‌آورد.

این تغییرات به‌خودی‌خود مطلوب هستند و کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشند، اما از دیدگاه درمانی، مهم‌ترین تغییرات احتمالاً شامل رشد حسّ معنا در تمام رویدادها (رجوع

کنید به فصل ۱۰) و تجربه‌ی درونی عشق و حمایت است —احساسی که متقاعدمان می‌کند که همه‌چیز در نهایت برای ما خوب پیش خواهد رفت، حتی در لحظه‌ی مرگ.

این حسِ تحت مراقبت بودن، مانند سایر بینش‌های معنوی، کاملاً متفاوت از تفکر آرزومندانه است؛ بلکه بیشتر شبیه به نوعی دانش درونی یا شهود

است که از افکار معمولی، قابل‌اعتمادتر به نظر می‌رسد.

مادّی‌گرایان ممکن است همه‌ی این‌ها را نپذیرند، اما آنچه بیان کردم، هم بازتابی از تجربه‌ی شخصی من است و هم بازتابی از تجربه‌ی بسیاری از بیماران سرطانی، به‌ویژه کسانی که در حال مرگ بودند.

بااین‌حال، خواننده باید توجه داشته باشد که توصیف‌های من از این حالات آگاهی، از دید یک فرد نسبتاً تازه‌کار در این مسیر است؛ برای دسترسی به توصیف‌های مستقیم از افرادی که ارتباط معنوی پیشرفته‌تری را تجربه کرده‌اند، باید به نوشته‌های عرفای بزرگ مراجعه کرد (رجوع کنید به بخش مطالعه‌ی بیشتر)

۱۰

جستجوی معنا به‌عنوان درمان

در این فصل، تلاش می‌کنم نکات پراکنده‌ی فصل‌های پیشین را گرد هم آورده و دیدگاهی نهایی و جامع‌تر ارائه دهم—چشم‌اندازی گسترده‌تر که در نهایت؛ جستجوی درمان از درون ما را به آن هدایت می‌کند.

ما دیدیم که می‌توانیم از ابعاد ناآشنای خود آگاه شویم و در نتیجه کنترل بیشتری

بر آن‌ها اعمال کنیم. همچنین برخی از مزایای دیگر پیگیری این ارتباط را به‌عنوان هدفی در خود بررسی کرده‌ایم.

یکی از نتایج منطقی این سفر، آگاهی از این حقیقت است که هر چیزی که برای ما اتفاق می‌افتد، دارای معنا است و در یک طرح بزرگ‌تر جای می گیرد.

این فصل تلاش می‌کند چیزی را که در نهایت از طریق جستجوی خودشناسی و ارتباط عمیق‌تر، به‌صورت شهودی درک می‌کنیم، به‌طور منطقی توضیح دهد: اینکه بیماری‌هایی مانند سرطان نیز

می‌توانند به‌عنوان رویدادهایی با معنا در نظر گرفته شوند.

درمان از درون یک فرآیند فعال است و ممکن است در نهایت به جستجویی برای یافتن این معنا تبدیل شود—در تضاد آشکار با دیدگاه سنّتی درمان بیماری از طریق روش‌های خارجی، که شاید بهتر باشد آن را **تعمیر** بنامیم.

گسترش بیشتر مدل ارتباطات

شکل ۱۱ جهان را به‌عنوان یک پیوستار فضا-زمان نشان می‌دهد که در نگاه ما شامل اشیا یا رویدادهای جداگانه‌ای به

نظر می‌رسد (رویدادها درواقع اشیایی در حال حرکت هستند).

فیزیک‌دانان و فلاسفه به ما می‌گویند که هر شیء با سایر اشیا در ارتباط است:

یک رویداد در یک سمت کره‌ی زمین، موجی ایجاد می‌کند که در سراسر سیاره گسترش می‌یابد.

ایده‌ی جدایی و تفکیک بین اشیا توهّمی بیش نیست، همان‌طور که مفهوم زمانِ خطی نیز یک توهّم است.

بااین‌حال، ما این توانایی را داریم که توجه خود را به هر بخش از جهان که ادراک

می‌کنیم، متمرکز کنیم و در شکل، چندین شیء یا رویداد با شماره‌های ۱ تا ۶ برچسب‌گذاری شده‌اند.

رویکردهای مختلف در درک رویدادها

۱ .دیدگاه رویدادهای مجزا و تصادفی

اگر رویدادها را کاملاً جدا از یکدیگر ببینیم، آنگاه یکی از آن‌ها—مثلاً شماره‌ی ۲—به‌عنوان تصادف بدون علّت یا معنا ظاهر خواهد شد.

. این دیدگاه، ابتدایی‌ترین مرحله‌ی دانش است، که در آن مشاهده‌ها انجام

می‌شوند اما ارتباطی بین آن‌ها برقرار نمی‌شود.

چنین دیدگاهی امکان پیش‌بینی یا کنترل را فراهم نمی‌کند، و درنتیجه می‌تواند اضطراب ایجاد کند.

در این شرایط، ممکن است توضیحات جادویی برای ایجاد توهم درک ارائه شود، مانند فرهنگ‌های بومی که رعد و برق را به خشم خدایان نسبت می‌دهند.

دیدگاه ما نسبت به سرطان تا سال‌ها تفاوت چندانی با این سطح نداشته است؛

هنوز هم بسیاری آن را به‌عنوان یک تصادف ژنتیکی در نظر می‌گیرند.

۲ .دیدگاه علّیت (علّت و معلول)

مرحله‌ی بعدیِ درک، تلاش برای ارتباط دادن یک رویداد با یک یا چند رویداد دیگر است که ازنظر مکانی یا زمانی به آن نزدیک هستند.

در شکل ۱۱، می‌توانیم رویدادهای ۱ و ۳ را بررسی کنیم تا ببینیم آیا آن‌ها با رویداد ۲ مرتبط هستند یا نه. اگر این رویدادها ارتباط نزدیکی داشته باشند، ممکن است نظریه‌های علّت و معلول توسعه یابند.

این نوع تحلیل برای بیماری‌های عفونی بسیار مؤثر بوده است، جایی که تماس با یک میکروارگانیسم شرط لازم برای ابتلا به عفونت است.

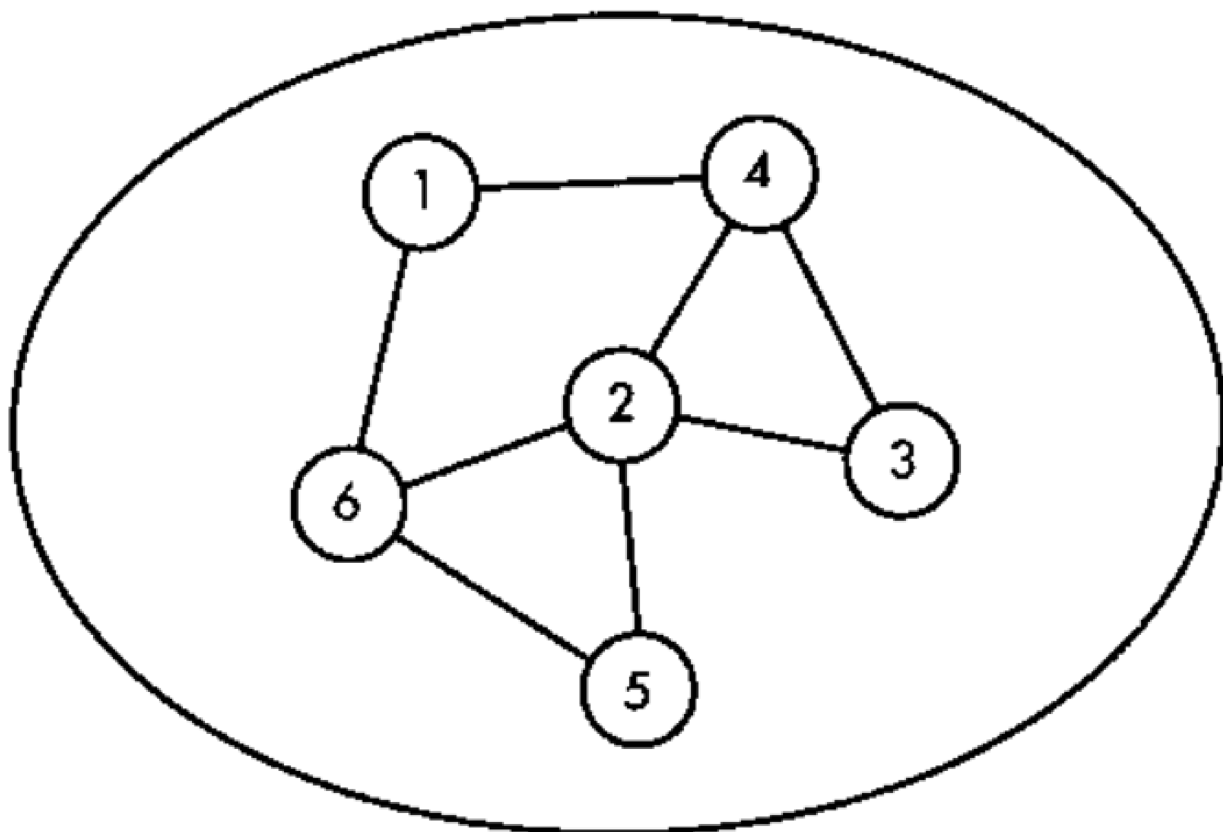
اما این تحلیل هرگز یک درک کامل ارائه نمی‌دهد؛ برای مثال:

- چرا برخی افراد، علی‌رغم قرار گرفتن در معرض میکروب، بیمار نمی‌شوند؟
- چه عواملی باعث تقویت سیستم ایمنی آن‌ها شده است؟
- چرا برخی افراد ایمنیِ قوی‌تری دارند؟

جستجو برای یافتن علّت نهایی هرگز پایان ندارد.

کاربرد مدل علّت و معلول در سرطان

مدل علّت و معلولِ ساده به سطح ژنتیکی سرطان نیز اعمال شده است، و به این نتیجه رسیده‌ایم که برای سرطانی شدن یک سلول، مجموعه‌ای از جهش‌های ژنتیکی ضروری است (رجوع کنید به فصل ۲)



شکل ۱۱

به‌نظر می‌رسد جهان یا کیهان از رویدادها یا اشیاء بسیاری تشکیل شده است. همه‌ی این‌ها به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم با یکدیگر در ارتباط‌اند؛ در این‌جا شش رویداد نمایش داده شده‌اند.

اگر عدد ۲ نمایانگر ابتلا به سرطان باشد، در صورتی که هیچ ارتباطی با دیگر رویدادها درک نشود، این بیماری به‌صورت «تصادف» جلوه خواهد کرد. اما اگر یک یا دو ارتباط غالب شناسایی شوند، ممکن است سرطان به‌عنوان یک «علت» در نظر گرفته شود.

سرطان یا دیگر بیماری‌ها در ارتباط با سایر رویدادهای پیرامون خود معنا پیدا می‌کنند، و در نهایت، در بستر کل کیهان دارای معنا هستند.

این دانش بسیار ارزشمند است، اما به‌هیچ‌وجه درک کاملی از سرطان ارائه نمی‌دهد، زیرا تنها بخش بسیار کوچکی از عوامل مرتبط با این بیماری را پوشش می‌دهد.

برای مثال، ما هنوز نمی‌دانیم:

چرا برخی از سلول‌های سرطانی به بیماری بالینی تبدیل می‌شوند و برخی دیگر نه؟

در نهایت، ما می‌توانیم، حداقل از نظر تئوری، تمامی رویدادهای دیگر را به‌طور هم‌زمان با رویداد شماره ۲ بررسی کنیم تا به جای علّت و معلول به چیزی که می‌توان ارتباط نامید، دست یابیم.

البته محدودیت‌های عملی مشخصی وجود دارد، اما در مثال ساده‌ی ما، این کار ممکن است شامل بررسی رویدادهای ۱ تا ۶ باشد.

همچنین می‌توانیم سطح تحلیل خود را انتخاب کنیم:

در مورد سرطان، می‌توانیم آن را در سطح مولکولی، سلولی، اندامی، روان‌شناختی، اجتماعی یا معنوی بررسی کنیم.

سطوح بالاتر شامل گروه‌بندی مجموعه‌ای از عوامل به‌طورهم‌زمان و بدون نگرانی درباره‌ی جزئیات دقیق است.

برای مثال، در تحلیل اجتماعی عوامل مؤثر بر سرطان، می‌توان اثر دو مجموعه‌ی ترکیبی (۱ + ۳) و (۴ + ۵ + ۶) را بررسی کرد.

همچنین می‌توانیم تصمیم بگیریم که بیشتر به تعاملات جرم/انرژی توجه کنیم،

که روش رایج‌تری است، یا بر رویدادهای اطّلاعاتی یا الگویی تمرکز کنیم، که اکنون به‌عنوان یک روش ارزشمند تحلیل در حال شناخته شدن است؛ برای مثال، روان‌شناسی اساساً یک مفهوم اطّلاعاتی محض است.

من امیدوارم که واضح باشد که من نمی‌گویم که تحلیل علّت و معلول اشتباه است و رویکرد مبتنی بر روابط صحیح؛ مدل علّت و معلول، تنها یک روش محدودتر برای قراردادن یک رویداد در

ارتباط با سایر رویدادهاست، که هر جا مفید باشد، باید از آن استفاده کرد.

در مقابل، رویکرد رابطه‌ای تلاش می‌کند تا همه‌ی رویدادها، از جمله علل محلّی، را که ممکن است بر موضوع مورد بررسی تأثیر بگذارند، در نظر بگیرد.

اگر جهانِ روابط را مانند یک پرتقال در نظر بگیریم، مدل علّت و معلول تنها یک برش از آن است.

معیار ما باید عملی باشد:

از هر روشی برای درک رویدادها استفاده کنیم که به ما امکان پیش‌بینی و کنترل

آن‌ها را بدهد، و هرچه مدل ساده‌تر باشد، بهتر است.

آنچه غیرموجه است، رد کردن برخی از ارتباطات بدون بررسی آن‌هاست. همان‌گونه که در بسیاری از موارد، سطح روان‌شناختی در ارتباط با سرطان نادیده گرفته شده است.

ناکامی نسبی تحلیل‌های مادّی‌گرایانه و علّی در مورد سرطان، ضرورت استفاده از یک رویکرد گسترده‌تر را آشکار می‌کند.

آیا سرطان دارای معناست؟

معنا واژه‌ای دشوار است. چه چیزی را بیان می‌کند؟

هنگامی که درباره‌ی معنای یک رویداد سؤال می‌کنیم، معمولاً می‌خواهیم بدانیم چرا اتفاق افتاده است، هدف آن چه بوده، یا چگونه در یک الگوی وسیع‌تر از رویدادها جای می‌گیرد.

برای مثال، یک تصادف رانندگی ممکن است صرفاً به‌عنوان برخورد تصادفیِ خودروها در نظر گرفته شود، یا ممکن است به رانندگیِ نادرستِ یکی از افراد نسبت داده شود، که به نوبه‌ی خود ناشی

از مصرف الکل تحت تأثیر شرایط اجتماعی پراسترس بوده است، و این زنجیره‌ی ارتباطات می‌تواند تا بی‌نهایت ادامه یابد.

هرچه اطّلاعات بیشتری درباره‌ی عوامل مرتبط داشته باشیم، احساس خواهیم کرد که درک ما از آن رویداد مستحکم‌تر است .معنای یک رویداد، ارتباط آن با سایر رویدادهاست، اینکه چگونه در شبکه‌ی اتفاقات مرتبط جای می‌گیرد.

سرطان نیز یک رویداد یا فرآیند است، هرچند که در مقیاسی کُندتر رخ می‌دهد.

بنابراین، از این منظر، سرطان نیز باید معنا داشته باشد—یعنی به‌طور جدایی‌ناپذیری با بسیاری از رویدادهای دیگر در بدن بیمار، در محیط او و در جهان مرتبط است.

معنای سرطان از این ارتباطات ناشی می‌شود.

تمام رویدادها معنا دارند؛ زندگی معنا دارد. اگر معنایی برای سرطان قائل نباشیم، درواقع معنای زندگی و هر چیز دیگری را نیز انکار کرده‌ایم.

معنا اغلب به شیوه‌هایی محدودتر از آنچه من در اینجا استفاده می‌کنم، درک می‌شود.

این واژه همچنان به‌عنوان مترادفی برای علّت یا نتیجه به کار می‌رود، یا برای توصیف شیوه‌ای که ما چیزی را در ذهن خود درک می‌کنیم.

به همین دلیل، ممکن است یک بیماری به این معنا باشد که زندگی ما در خطر است.

روانکاوان درباره‌ی برخی بیماری‌ها، ازجمله سرطان (طبق نظر برخی)، به‌عنوان

انعکاس تعارضات ذهنی در بدن صحبت می‌کنند.

برای مثال، سرطان پستان به‌عنوان نمودی از نیازهای پرورشیِ سرکوب‌شده تفسیر شده است.

این ایده‌ها دشوار است که اثبات شوند و درواقع، استفاده‌ی بسیار محدودتری از واژه‌ی معنا را نشان می‌دهند.

برای برخی دیگر، سرطان درسی در زندگی یا حتی مجازاتی برای گناهان خیالی در نظر گرفته می‌شود.

این دیدگاه نیمه‌معنوی (و گاهی مضرّ) تلاش می‌کند که بدبیاری فرد را در ارتباط با قوانین فرضی طبیعت یا اراده‌ی موجودی برتر توضیح دهد.

مزیّت دیدگاه ارتباطی در درک سرطان و سایر رویدادها

دیدگاه گسترده‌ی ارتباط یا مدل پیوستگی، این امکان را فراهم می‌کند که سرطان و سایر رویدادها را در ارتباط با هر رویداد دیگری، در هر سطحی که انتخاب کنیم، بررسی کنیم.

این مدل هیچ پیش‌داوری‌ای درباره‌ی آنچه ممکن است یا ممکن نیست، ندارد.

تنها پرسش آن این است که کدام توصیف‌ها برای ما مفید هستند.

طبق این دیدگاه، معنای سرطان همان ارتباط آن با سایر رویدادهاست.

بنابراین، ما آزادیم که تنها در سطح زیستی عمل کنیم، و بیماری و درمان آن را صرفاً به‌عنوان فرآیندهای بیولوژیکی در نظر بگیریم.

اما در آن سوی طیف، ما همچنین آزادیم که درباره‌ی ابعاد معنوی ابتلا به سرطان

پرسش کنیم، و اینکه چگونه می‌توانیم از نظر روحی برای مقابله با آن تلاش کنیم.

همین موضوع در مورد ابعاد اجتماعی و روان‌شناختیِ معنا نیز صادق است.

چگونه می‌توان با رویکردهای مختلف به درمان سرطان پرداخت؟

اکنون می‌توانیم ببینیم که روش‌های درمانیِ از بالا به پایین (Top-down) و از پایین به بالا (Bottom-up) هر دو منطقی و مؤثّر هستند.

یعنی می‌توان از سطوح بالاتر (مانند روان‌شناختی یا معنوی) یا سطوح پایین‌تر

(مانند سلولی یا زیستی) به درمان پرداخت. این رویکردها متناقض نیستند، بلکه مکمّل یکدیگرند.

مدل انسان به‌عنوان سطوح سلسله‌مراتبی سازمان‌یافته که با هر چیز دیگری در ارتباط است، توجیهی برای استراتژی‌های درمانی فراهم می‌کند که هزاران سال در فرهنگ‌های مختلف به‌طور شهودی شناخته شده و مورد استفاده قرار گرفته‌اند.

ما همچنان از روش‌های درمانی مدرن پزشکی که شامل تغییرات مادّی گسترده و

موضعی هستند، استفاده می‌کنیم، اما درعین‌حال، به درک فرآیندهای گسترده‌تر، فراگیرتر و نمادین (اطّلاعاتی) نیز نزدیک‌تر می‌شویم—فرآیندهایی که در دیدگاه ارتباطی برجسته می‌شوند.

آزمون ارزش این رویکرد نظریِ گسترده، از طریق آزمایش‌هایی که بر اساس آن انجام می‌شود، مشخص خواهد شد، اما برای اینکه بتوانیم چنین آزمایش‌هایی را تصور کنیم، ابتدا به یک نظریه نیاز داریم.

جستجو برای درک و جستجو برای درمان، شباهت بسیاری به یکدیگر دارند.

ما زمانی چیزی را درک می‌کنیم که ارتباط آن را با سایر رویدادها بفهمیم؛ هرچه بتوانیم ارتباطات بیشتری را برقرار کنیم، درک ما عمیق‌تر خواهد شد و حس ما از معنای آن رویداد قوی‌تر می‌شود. درمان نیز به همین ترتیب از طریق تقویت ارتباطات حاصل می‌شود، نه‌تنها برای درک منطقی، بلکه برای تجربه‌ی ارتباط خود با همه‌ی چیزها در سطحی عمیق‌تر و جامع‌تر.

نوشتن داستان زندگی

از نظر عملی، چگونه می‌توانیم برای کشف معنا در زندگی و بیماری خود تلاش کنیم؟

تقریباً هر فعالیتی، از جمله فعالیت‌های روزمره‌ی عادی، می‌تواند مسیری برای درک معنا باشد، به‌شرط آنکه با آگاهی و تمرکز انجام شود.

در دوره‌هایی که برای بیماران سرطانی برگزار می‌کنیم، بر سه روش اصلی تمرکز داریم:

۱. نوشتن داستان زندگی یا خودزندگی‌نامه، که معنا را عمدتاً در

سطح ذهنِ آگاه و تعاملاتِ اجتماعی آشکار می‌کند.

۲. برقراری ارتباط با منابع درونیِ خردِ ناخودآگاه، از طریق تکنیک‌هایی مانند مشاهده‌ی رویاها و انجام گفت‌وگو با شفابخش درونی، که معنا را عمدتاً در سطح بدن و ذهن عمیق‌تر آشکار می‌کند.

۳. جستجوی معنوی.

هدف از نوشتن داستان زندگی، بررسی تمام جنبه‌های زندگی و نوشتن درباره‌ی آن‌هاست.

معمولاً، فردی که این تمرین را انجام می‌دهد، هرگز پیش‌تر چنین کاری نکرده است، و این تمرین می‌تواند هیجان‌انگیز و پربار باشد.

دوازده حوزه‌ی پیشنهادی برای نوشتن داستان زندگی:

۱. وضعیت کنونی زندگی
۲. نقاط عطف یا مسیرهای انشعابی اصلی در زندگی
۳. پیشینه‌ی خانوادگی
۴. تحصیلات

۵. شغل یا فعالیت‌های زندگی

۶. بحران‌های بزرگ

۷. سلامت

۸. زندگی جنسی

۹. علایق و سرگرمی‌ها

۱۰. روابط

۱۱. تجربیات مرتبط با مرگ

۱۲. توسعه‌ی معنا و ارزش‌ها

روش‌های کمکی برای این فرآیند:

. تفکر و مرور خاطرات گذشته

- استفاده از تصویرسازی ذهنی و مدیتیشن
- ثبت رویاهای مرتبط
- صحبت با اعضای خانواده و دوستان
- ساختن کلاژ با استفاده از عکس‌های قدیمی، یادگاری‌ها و اشیای مهم دیگر
- برقراری گفت‌وگو با کودک درون خود
- شناسايي و تعریف شخصیت‌های فرعی که در زمان‌های مختلف فعّال می‌شوند، مانند :
    - فرد حرفه‌ای

- همسر
- والد
- مبارز
- فرد ضعیف

. نوشتن نامه (بدون ارسال آن) به افرادی از گذشته‌ی خود

پس از تکمیل این فرآیند، می‌توان داستان را برای شنونده‌ای همدل یا گروهی از افراد بازگو کرد.

هنگامی که این تمرین را انجام می‌دهیم، الگوهای رفتاری و فکری‌ای آشکار می‌شوند که اغلب از آن‌ها بی‌اطلاع بودیم.

- ممکن است متوجه شویم که تمایل داشته‌ایم از چالش‌ها اجتناب کنیم، یا برعکس، در بسیاری از موقعیت‌ها ریسک‌پذیر بوده‌ایم.
- شاید درک کنیم که انتخاب‌های اولیه‌ی ما، یا تصویری که در اوایل زندگی از خود داشته‌ایم (من در ... خوب نیستم)، چگونه مسیر زندگی‌مان را عمیقاً تحت تأثیر قرار داده است.

ممکن است متوجه شویم که چرا برخی تصمیمات را گرفته‌ایم و چگونه به این نقطه از زندگی رسیده‌ایم.

هنگامی که داستان زندگی تکمیل شود، سرطان ما در بستری بسیار گسترده‌تر از آنچه هستیم، دیده خواهد شد.

چرا نوشتن این داستان ارزشمند است؟

ساختن این روایتِ دقیق از زندگی‌مان به‌خودی‌خود ارزشمند است.

اگر بیمار در حال مرگ باشد، این فرآیند می‌تواند احساس پایان‌یافتگی یا تکمیل را برای او فراهم کند.

همچنین ممکن است مسیرهایی را برای ما روشن کند که بیشترین احساس رضایت و زندگی‌بخشی را فراهم می‌کنند.

ممکن است به ما نشان دهد که کدام راه‌های مهم هنوز کشف نشده‌اند.

چندین روان‌درمانگر باتجربه بر این نکته تأکید کرده‌اند که کشف و دنبال کردن آنچه برای انجام دادنش آفریده شده‌ایم حیاتی است.

لورنس لشان از اهمیت یادگیری خواندن آواز مخصوص خودمان صحبت می‌کند.

دبلیو. بروگ جوی می‌گوید : روح باید راه خود را بیابد.

تجربیات بسیاری (هرچند بدون شواهد قطعی) نشان داده‌اند که بیماران سرطانی با شفاف‌سازی آنچه واقعاً برایشان مهم است و ایجاد تغییرات در زندگی‌شان برای دنبال کردن آن، بهبود یافته‌اند.

نوشتن داستان زندگی، همراه با نگه‌داشتن یک دفترچه‌ی روزانه و، در صورت امکان، شرکت در روان‌درمانی مستمرّ، می‌تواند حس قوی‌تری از معنا و هدف در زندگی ایجاد کند.

در ترکیب با کار معنوی (که در ادامه توصیف خواهد شد)، این فرآیند ممکن است در نهایت به ما کمک کند تا دیگران را برای هر آسیبی که به ما رسانده‌اند ببخشیم، عشق بدون قید و شرطی نسبت به دیگران پرورش دهیم، و وضعیت کنونی خود را عمیق‌تر بپذیریم.

چرا بازگشت به زندگی معمول کافی نیست؟

همان‌طور که لشان تأکید می‌کند، صرفاً خواستن بازگشت به همان شرایطی که پیش از سرطان وجود داشته است، به

احتمال زیاد بهبود را تسهیل نخواهد کرد، هرچند این یک آرزوی رایج و مورد تأیید فرهنگی است.

برای مثال، اگر یک تومور اولیه را از بدن خود برداریم، اما هیچ تغییری در زندگی‌مان ایجاد نکنیم، سلول‌های سرطانی باقی‌مانده در همان محیطی که قبلاً در آن رشد کرده‌اند، باقی خواهند ماند—محیطی که ممکن است همچنان به رشد آن‌ها اجازه دهد.

تنها در صورتی که این محیط را تغییر دهیم—با تغییر الگوهای فکری و رفتاری

خود—می‌توانیم انتظار داشته باشیم که از رشد بیشتر این سلول‌های سرطانی جلوگیری شود.

می‌دانم که این نکته را قبلاً گفته‌ام، اما بار دیگر آن را تکرار می‌کنم، زیرا بارها شاهد بوده‌ام که صدها نفر پس از انجام جرّاحی برای برداشتن یک سرطان اولیه، از پذیرش جدّیت آنچه برایشان رخ داده است، خودداری کرده‌اند و بدون هیچ تغییری به همان زندگی قبلی خود بازگشته‌اند.

برقراری ارتباط با دانش درونی

شواهد بسیاری وجود دارد که نشان می‌دهد ذهنِ عمیق‌تر یا ناخودآگاه، هم دانش دقیقی از رویدادهای بدن دارد و هم توانایی بالقوه‌ای برای کنترل آن‌ها.

ما می‌توانیم تا حدی یاد بگیریم که به این توانایی دسترسی پیدا کنیم و از راه‌های مختلفی مقداری تأثیر آگاهانه بر آن اعمال نماییم.

برای مثال، رویاهای ما می‌توانند افکار و احساسی را که درباره‌ی سرطان، درمان آن، یا سایر جنبه‌های مرتبط با زندگی داریم، به‌وضوح آشکار کنند.

من به‌خوبی رویایی را که چند روز پیش از جراحی کولون خود داشتم، به یاد می‌آورم. در آن، جراح را مانند یک نقاش خانه می‌دیدم که برای رنگ‌آمیزی دقیق زیر محل اتّصالات، زحمت بیرون آوردن بخشی از لوله‌ها را می‌کشید—این رویا نشان‌دهنده‌ی اعتماد من به او بود. تحلیل رویاها بسیار ساده است (برخی کتاب‌های آموزشی در بخش مطالعه‌ی بیشتر معرفی شده‌اند) و ممکن است این روش؛ منبعی غنی برای درک احساس عمیق‌تر شما باشد.

کنترل آگاهانه‌ی فرآیندهای خودکار بدن

می‌توان بر بسیاری از عملکردهای بدن که پیش‌تر **خودکار** تلقی می‌شدند، کنترل بیشتری اعمال کرد، از طریق:

- بیوفیدبک
- هیپنوتیزم
- تصویرسازی ذهنی

در این موارد، آگاهی ظریفی از نشانه‌های درونی بدن ایجاد می‌شود، که امکان کنترل را فراهم می‌کند.

حتی برخی افراد توانسته‌اند:

به‌صورت ارادی، جریان خون از زخم‌های بزرگ را متوقف کنند.

عمل جراحی شکمی را بدون بی‌حسی تحمل کنند.

این‌ها نشان‌دهنده‌ی توانایی‌هایی هستند که احتمالاً در همه‌ی ما وجود دارند، اما تنها در تعداد کمی از افراد رشد کرده‌اند.

آیا بیماری‌ها بازتاب تعارضات ذهنی هستند؟

شاید با این ایده روبه‌رو شوید که علائم بدنی، بیان تعارضات ذهنی هستند.

مثلاً گفته می‌شود که آسم، فریادی سرکوب‌شده برای درخواست کمک از مادر است.

یا اینکه سرطان پستان می‌تواند نشان‌دهنده‌ی نوعی تضاد در احساس پرورش دادن باشد. این نوع تفکر زمانی در بین روانکاوان محبوب بود، اما اکنون چندان رایج نیست.

بااین‌حال، برخی نویسندگان در حوزه‌ی سلامت در جنبش نیو ایج، این دیدگاه را پذیرفته‌اند.

برخی کتاب‌ها لیستی از بیماری‌ها همراه با معانی روان‌شناختی آن‌ها ارائه می‌دهند.

چگونه باید این دیدگاه را ارزیابی کنیم؟

ما از تجربه‌ی شخصی خود می‌دانیم که بین رویدادهای ذهنی و واکنش‌های بدنی ارتباط وجود دارد. مثلاً در واکنش به استرس، الگوهای خاصی از تنش عضلانی ایجاد می‌شوند :

شانه‌های جمع‌شده در هنگام ترس.

سفت شدن عضلاتی که آماده‌ی واکنش هستند اما سرکوب می‌شوند.

بااین‌حال، شواهد علمیِ اندکی وجود دارد که نشان دهد بیماری‌هایی مانند سرطان صرفاً روانی-تنی (Psychosomatic) هستند، یعنی تعارضات ذهنی که در بدن نمود پیدا می‌کنند.

برخی درمانگران حرفه‌ای ادعا می‌کنند که تعارض‌های عمیقاً سرکوب‌شده، مانند خاطراتِ سوءاستفاده‌ی جنسی در کودکی، ممکن است زمینه‌ی برخی از سرطان‌ها را فراهم کنند، و پرده‌برداری از آن‌ها می‌تواند به درمان کمک کند، اما این دیدگاه بسیار نادر و اثبات‌نشده است.

در چارچوب نظریِ گسترده‌تری که در این کتاب بررسی کرده‌ایم، روشن است که تمام علائم بدنی، تمام سطوح وجود فرد را در بر می‌گیرند و به همین دلیل، هم جنبه‌های فیزیکی دارند و هم روانی.

بیماری‌هایی که به‌عنوان روانی-تنی شناخته می‌شوند، درواقع مواردی هستند که در آن‌ها، تأثیر عوامل روانی آشکارتر است.

چگونه می‌توان معنای شخصیِ سرطان را کشف کرد؟

برای درک ارتباط سرطان با سایر بخش‌های زندگی خود، می‌توانیم از تصویرسازی ذهنی در حالت آرامش استفاده کنیم.

یک تکنیک پرکاربرد این است که در سفری خیالی به درون بدن، با یک منبع دانش درونی ملاقات کنیم.

معمولاً این منبع به‌عنوان یک فرد خردمند یا یک موجود معنوی تصور می‌شود.

سپس، می‌توان وارد یک گفت‌وگو شد، مثلاً با خوشامدگویی به این شخصیت و پرسیدن:

برای کمک به خودم چه کاری باید انجام دهم؟

در تجربه‌ی ما، افرادی که ذهنِ بازی برای استفاده از این تکنیک دارند، معمولاً آرامش و کمک زیادی از آن دریافت می‌کنند، هرچند که پاسخ‌ها معمولاً کلّی و عمومی هستند.

یک تکنیک مرتبط، که در فصل ۸ به آن اشاره شد و شامل استفاده‌ی تشخیصی از

تصویرسازی ذهنی است، شامل ملاقات با سرطانِ خود در تخیّل است.

فرد سعی می‌کند ببیند که سرطان در چشمِ ذهن چگونه به نظر می‌رسد:

اندازه و شکل آن چگونه است؟

چه حسی دارد؟

رنگ، بافت و سایر ویژگی‌های آن چیست؟

در پایان این تمرین، بیمار می‌تواند نقاشی‌ای از سرطان، سیستم ایمنی بدن، هر روش درمانی که دریافت می‌کند، کل

بدن و سایر جنبه‌های زندگی که به نظرش مرتبط می‌رسد، ترسیم کند.

این تصاویر می‌توانند اطّلاعات زیادی درباره‌ی واکنش عاطفی بیمار به سرطان و نحوه‌ی درک آن در ارتباط با زندگی به‌طور کلی ارائه دهند.

اما معمولاً به یک تفسیرگر ماهر نیاز است.

در حقیقت، این ، می‌شود و در روان‌شناسی به‌طور گسترده استفاده می‌شود، هرچند که به‌ندرت برای

بیماری‌های جسمی به کار گرفته شده است.

آیا می‌توان دریافت که سرطان چه می‌خواهد؟

برخی درمانگران معتقدند که ممکن است از طریق تصویرسازی ذهنی، درک کرد که سرطان چه می‌خواهد (یعنی چه نیازی را برآورده می‌کند).

بااین‌حال، من متوجه شده‌ام که افراد اغلب پاسخ‌هایی ساختگی برای این پرسش تولید می‌کنند.

اگر واقعاً آرزو یا تعارضی ذهنی در سرطان بازتاب یافته باشد، دسترسی اصیل و واقعی به آن بسیار دشوار است.

تلاش برای یافتن معنا در بیماری

این روش‌ها سعی دارند معنایی فراتر از ارتباطات صرفاً زیستی در بیماری پیدا کنند—یعنی اینکه بیماری چگونه به سایر رویدادهای درونی ما مرتبط است.

اما دانش و تحقیقات ما در مورد این روش‌ها هنوز در مراحل ابتدایی است. افرادی که زیاد با این تکنیک‌ها کار

کرده‌اند، اغلب به توانایی عظیم آن‌ها باور دارند.

اما به دلیل محدودیت دانش ما، و همچنین مقاومت بسیاری از افراد در بررسی عمیقِ این روش‌ها، تنها برخی از بیماران استثنایی تغییراتِ فیزیکیِ قابل‌توجهی را به‌عنوان نتیجه‌یِ آن نشان داده‌اند.

جستجوی معنوی

هنگامی که از مرکز نمودار فرد (به تصویر ۵ در صفحه‌ی ۸۰ مراجعه کنید) به سمت بیرون حرکت می‌کنیم، از سطوحی

عبور می‌کنیم که به‌طور فزاینده‌ای بزرگ‌تر و پیچیده‌تر می‌شوند و اطّلاعات بیشتری را در بر می‌گیرند، همان‌طور که قبلاً در مورد اطّلاعات صحبت کردیم.

بنابراین، می‌توان انتظار داشت که این سطوح هرچه بالاتر روند، قدرت بیشتری داشته باشند، همان‌طور که در یک سازمان تولیدی بزرگ، قدرت از سطح کارگران کارخانه به مدیریت میانی و در نهایت به دفتر مدیر اجرایی افزایش می‌یابد.

البته، سطوح پایین‌تر می‌توانند کل عملیات را متوقف کنند، همان‌طور که چند سلول

غیرطبیعی در بدن می‌توانند سلامت ما را مختل کنند، اما به‌طور کلی، این سطوحِ بالاتر هستند که بیشترین قدرت را برای ایجاد تغییرات عمیق دارند.

من بُعد معنوی را متناظر با ساختار کل جهان در نظر گرفته‌ام.

اگر این درست باشد، منطقی است که بگوییم سطح معنوی در نهایت بیشترین قدرت را برای شفابخشی دارد.

مشکل اینجاست که چگونه می‌توانیم به‌طور مؤثر با آن ارتباط برقرار کنیم؛ در عوض، ما تمایل داریم که خود را فقط با

کارگر کارخانه (سطوح پایین‌تر) شناسایی کنیم.

هدف جستجوی معنوی چیست؟

در فصل ۹، برخی از روش‌های سنّتی را که انسان‌ها برای آگاهی بیشتر از پتانسیل معنوی درونی خود و اتّصال به سطح معنوی استفاده کرده‌اند، فهرست کردم.

برای بیشتر ما، این یک مبارزه‌ی طولانی و دشوار است، سفری که هرگز در طول زندگی به‌طور کامل پایان نمی‌یابد، زیرا به حس جدایِیِ خیالیِ خود بسیار چنگ زده‌ایم.

بااین‌حال، هدفِ جستجویِ معنوی روشن است:

دیدن همه‌چیز—هر رویداد—نه فقط به‌عنوان یک پدیده‌ی مادّی، روان‌شناختی یا اجتماعی، بلکه به‌عنوان امری معنوی، که در بستری فراتر از زمان و مکان معنا می‌یابد.

ما باید خود را با نظمی بسیار بزرگ‌تر از خودمان هماهنگ کنیم.

حتی کمی پیشرفت در این مسیر، مزایای بزرگی را به همراه دارد، از جمله:

آرامش ذهنی، احساس حمایت شدن، و درک این حقیقت که مرگ پایان نیست.

آیا ارتباط معنوی می‌تواند بهبودی ایجاد کند؟

بسیاری ادعا کرده‌اند که چنین است.

بررسی این موضوع از نظر علمی دشوار است، هم به این دلیل که چنین ارتباطی را نمی‌توان به‌راحتی به‌طور معتبر سنجید، و هم به این دلیل که افراد در مدت‌زمان کوتاه تغییرات قابل‌توجهی تجربه نمی‌کنند.

در فصل ۵، تلاش‌های اولیه‌ی خود را برای ارتباط دادن تغییرات روان‌شناختی و معنوی با فرآیند درمان توصیف کرده‌ام.

نتایج ما با این برداشت بالینی همخوانی دارد که وقتی افراد از نظر معنوی پیشرفت چشمگیری می‌کنند، احتمال بهبودی جسمانی افزایش می‌یابد، وهمچنین بهبودی به‌معنای ارتباط عمیق‌تر با تمامی سطوح وجودیِ خود حاصل می‌شود.

بااین‌حال، من فکر نمی‌کنم که رابطه‌ی بین آگاهی معنوی و سلامتِ جسمانی رابطه‌ای ساده باشد. ما تصویر کاملی از

این موضوع نداریم .مرگ ممکن است از نظر ما به طرز دردناکی زودرس به نظر برسد، اما شاید بدون دلیل نباشد.

گاهی از من، به‌ویژه توسط همکاران علمی‌ام، پرسیده می‌شود که چگونه ممکن است که معنویت، یا حتی روان‌شناسی، در بیماری‌هایی مانند سرطان نقشی داشته باشد، درحالی‌که سرطان را می‌توان کاملاً به‌عنوان یک تغییر ژنتیکی توضیح داد؟

شکلی دیگر از همین پرسش این است که چرا حیوانات سرطان می‌گیرند، درحالی‌که ذهن و روح آن‌ها احتمالاً به اندازه‌ی ما

رشد نکرده است؟ این استدلال چنین فرض می‌کند که تنها؛ توضیحات مادّی کافی هستند.

برای درک پاسخ این پرسش، باید دوباره به شکل ۵ نگاه کنیم.

هر رویدادی در تمام سطوح رخ می‌دهد:

سرطان به‌طور هم‌زمان یک پدیده‌ی بیوشیمیایی، ژنتیکی، سلولی و اجتماعی است.

همچنین، به همان اندازه که سطوح روان‌شناختی و معنوی رشد کرده باشند، سرطان یک رویداد روانی و معنوی نیز

هست. در جایی که این سطوح کمتر توسعه‌یافته باشند، بیماری بیشتر یک پدیده‌ی زیستی باقی می‌ماند.

ما انسان‌ها فرصت منحصربه‌فردی داریم که بتوانیم در سطوح بالاتر معنا پیدا کنیم و از آن در مسیر درمان استفاده کنیم.

چگونه می‌توانم در بیماری خود معنایی بیابم؟

این پرسشی کاملاً عملی است، و در نقطه‌ای از مسیر درمان، هر فردی که سفر شفای درونی را جدی بگیرد، به این پرسش می‌رسد.

هیچ پاسخ کلّی‌ای وجود ندارد؛ هر یک از ما باید جستجوی خود را انجام دهد.

می‌توانم تجربه‌ی شخصی خود را برای شما بگویم:

در چهل‌وهفت‌سالگی، به یک کارسینومای جدی روده مبتلا شدم که به برخی از غدد لنفاوی مجاور گسترش یافته بود.

پس از جراحی و چند دوره شیمی‌درمانی، گفته شد که شانس بقای طولانی‌مدت من حدود یک‌سوم است.

در دوران نقاهت، به یک مرکز مطالعاتِ معنوی رفتم و یک دوره‌ی فشرده‌ی

سه‌ماهه را برای درک بهتر خود در سطوح روان‌شناختی و معنوی گذراندم.

این مواجهه، همراه با کارهای معنوی قبلی‌ام و تلاش‌های مضاعفِ پس از آن، برای من روشن کرد که هدفی بزرگ‌تر در کار است.

من تعدادی تجربه‌ی معنوی روشن و همچنین برخی تجربه‌های فراطبیعی داشتم.

چندین هشدار نادرست درباره‌ی عود مجدّد بیماری نیز مرا به ادامه‌ی این مسیر وادار کرده است! من بخشی از خودم را

کشف کردم که مایل بود بمیرد—تا از تلاشی که با زنده‌ماندن همراه می‌دانستم، اجتناب کند.

من مجبور شدم این میل را بپذیرم و با آن کنار بیایم.

آیا دقیقاً می‌دانم که هدف بقیه‌ی زندگی‌ام چیست؟

نه، اما می‌دانم که وظیفه‌ی من حفظ ارتباط با نظم برتر است، و پاسخ‌گویی به راهنمایی‌ای که همواره در دسترس است.

این راهنمایی همیشه زمانی می‌آید که ذهنم آرام و پذیرنده است.

اغلب در قالب دانستن یا حس کردن مسیر درست است، نه در قالب کلمات.

البته، یک یا دو پیام لفظی شگفت‌آور نیز دریافت کرده‌ام.

بزرگ‌ترین مانع چیست؟

خودمحوری‌ام:

میل مداوم به انجام کارها برای رضایت شخصی خودم، یا برای برآوردن یک نیاز خیالی به محافظت از خود.

این داستان، با تفاوت‌هایی، می‌تواند توسط بسیاری از افرادی که از یک بحران جان سالم به در برده‌اند، روایت شود.

داستانی خاص یا دراماتیک نیست، و مشخص نیست که تلاش‌های شخصی من واقعاً تغییری فیزیکی ایجاد کرده‌اند یا نه، اما چیزی که روشن است این است که تمایل من به جستجوی معنا در رویدادها، دیدگاه من را به سطحی متفاوت و گسترده‌تر ارتقاءِ داده است.

من هنوز جهان را از منظر زیست‌شناختی می‌بینم، اما اکنون آن را از مَنظر روان‌شناختی و معنوی نیز درک می‌کنم.

حسی قوی از معنای نمادین در همه‌ی چیزهایی که اتفاق می‌افتند، و از پیوندهای عمیق بین تمام رویدادها، وجود دارد.

بسیاری از افراد به این سطح از درک رسیده‌اند، و برخی از آن‌ها حتی فراتر رفته‌اند؛ من این افراد را جستجو کرده‌ام تا از آن‌ها بیشتر بیاموزم.

بیماری ممکن است بازگردد و زندگی‌ام را تهدید کند؛ اگر چنین شود، تلاش خواهم کرد که با آن مبارزه کنم، به این معنا که شجاعت خود را برای روبه‌رو شدن مستقیم با آن جمع کنم و همچنان

بکوشم که درسی را که بیماری برایم دارد، درک کنم و در نهایت، مرگ را، زمانی که فرا برسد، بپذیرم.

این همان چیزی است که برای همه‌ی افرادی که با بیماری‌های تهدیدکننده‌ی زندگی مواجه‌اند، آرزو دارم، و این همان نگرشی است که در بیمارانی دیده‌ام که بیشترین پیشرفت را در مسیر درمانی خود داشته‌اند و از آن‌ها آموخته‌ام.

۱۱
خلاصه: واکنش شفابخش به بحران

ما از مسیری غیرمستقیم به دیدگاهی رسیده‌ایم که بسیاری از افراد به‌طور شهودی به آن دست می‌یابند :رویدادهای زندگی ما، ازجمله بیماری‌های تهدیدکننده‌ی حیات، تصادفی نیستند، بلکه با همه‌ی آنچه در سطوح فیزیکی، روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی برای ما رخ می‌دهد، مرتبط هستند.

این ارتباط، معنایی به بیماری می‌بخشد؛ بررسی این معنا به ما کمک می‌کند تا به‌گونه‌ای انسانی و اصیل به بحران واکنش نشان دهیم و ممکن است فرآیند بهبودی جسمانی را نیز تسهیل کند.

این نتیجه‌گیری هنوز با شواهد علمیِ کافی پشتیبانی نشده است؛ یک دانشمند ممکن است آن را یک فرضیه بنامد.

بااین‌حال، این موضوع، درکی است که بسیاری از افراد—بیماران سرطانی و دیگران—از طریق تلاش برای شناخت

خود و معنا بخشیدن به مشکل های خود به دست آورده‌اند.

امیدوارم که خوانندگانِ شهودی، تأکید مکرر من بر چیزی که ممکن است برای آن‌ها بدیهی باشد را ببخشند، و درک کنند که هدف من، استوار ساختن بینش‌های آن‌ها بر پایه‌ی تفکر منطقی و شواهد موجود است.

البته می‌دانم که مطالب ارائه‌شده در اینجا برای متقاعد کردن بسیاری از متخصصان حوزه‌ی پزشکیِ زیستی کافی نخواهد بود؛

چنین چالشی نیازمند یک مطالعه‌ی بسیار طولانی‌تر و تخصصی‌تر است.

مروری بر مفاهیم اصلی

ما ابتدا بررسی کردیم که سرطان چیست و دریافتیم که این بیماری ناشی از ناتوانی بدن در کنترلِ تکثیرِ سلول‌های ژنتیکیِ تغییریافته است.

سپس، منطقی دانستیم که از درمان‌هایی استفاده کنیم که این کنترل را تقویت کنند، ازجمله مداخلات روان‌شناختی که ممکن است بر سیستم‌های ایمنی، هورمونی و عصبی تأثیر بگذارند.

همچنین، تفاوت بین درمان‌های بیرونی (مانند مداخلات پزشکی و بسیاری از درمان‌های غیرمتعارف) و درمان از درون را مشخص کردیم.

درمان از درون شامل اثراتی است که از الگوهای آگاهانه‌ی تفکر، احساس و رفتار نشأت می‌گیرند.

در بررسی درمان‌های بیرونی، مشاهده کردیم که روش‌های پزشکی اغلب برای سرطان‌های اولیه؛ درمان‌کننده هستند، اما در بیماری پیشرفته، معمولاً تنها نقش تسکینی دارند.

سپس روش‌هایی برای ارزیابی درمان‌های غیرمتعارفِ بیرونی، که عمدتاً شامل رژیم‌های غذایی یا درمان‌هایِ مرتبط با سیستم ایمنی هستند، بررسی کردیم و نتیجه گرفتیم که هیچ شواهدی مبنی بر اثربخشی این روش‌ها وجود ندارد.

درحالی‌که ادعایی مبنی بر تأثیر قطعی درمان از درون نداریم، شواهدی را مرور کردیم که نشان می‌دهد ذهن می‌تواند بر رشد و پیشرفت سرطان تأثیر بگذارد، و از این نظر می‌تواند به‌عنوان یک روش درمانیِ کمکی برای این بیماری در نظر گرفته شود.

نظریه‌ای برای ارتباط ذهن، بدن، جامعه و معنویت

در نیمه‌ی دوم کتاب، نظریه‌ای را برای توضیح نحوه‌ی تعامل سطوح جسمی، ذهنی، اجتماعی و معنوی توسعه دادیم.

پیشنهاد شد که سلامت با جریان بهینه‌ی اطّلاعات بین تمام بخش‌ها و سطوح یک فرد تقویت می‌شود.

استراتژی درمان خودمحور بر اساس افزایش ارتباط میان تمام این بخش‌ها و سطوح است.

سه مرحله‌ی اصلی در این مسیر خودیاری شناسایی شدند:

۱. در دست گرفتن کنترل
۲. برقراری ارتباط
۳. جستجوی معنا

این سه مرحله، در مجموع، یک مسیر درمانی تدریجی و تکاملی را شکل می‌دهند.

تکنیک‌های متعددی را می‌توان در این مسیر به کار برد، اما مهم‌ترین تلاش‌ها شامل: آگاهی از جریان افکار و احساسمان، شناخت حداقل بخشی از

ایده‌های ناخودآگاهمان، و درک رابطه‌ی ما با یک نظمِ معنویِ متعالی است.

نگاه متفاوت به سرطان و بحران‌ها

دیدگاه ما نسبت به سرطان و سایر بحران‌ها می‌تواند متفاوت از درک رایج باشد.

بدیهی است که دریافت تشخیص سرطان، یک تجربه‌ی وحشتناک و دردناک است.

اما سرطان یک شرّ نیست، بلکه بخشی از تجربه‌ی زندگی است، و می‌تواند به‌عنوان انگیزه‌ای برای پرداختن به مهم‌ترین

وظیفه‌ی ما—شناخت واقعی خود—پذیرفته شود.

من افراد بسیاری را دیده‌ام که با این دیدگاه به بیماری خود واکنش نشان داده‌اند، و خودم نیز تلاش کرده‌ام که چنین نگرشی داشته باشم.

هدف ما چیست؟

ما به‌دنبال یافتن کلید درمان سرطان نیستیم، بلکه از سرطان به‌عنوان کلیدی برای خودشناسی استفاده می‌کنیم.

درمان فیزیکی ممکن است در پی این مسیر اتفاق بیفتد—و این امید ماست، هرچند

شواهد علمی هنوز محدود است—اما این درمان به یک محصول جانبی از این جستجو تبدیل می‌شود.

تراژدی نهایی این نیست که بمیریم، بلکه این است که بدون استفاده‌ی کامل از فرصت‌های خود برای شناخت فردی، زندگی را ترک کنیم.

این نگرش نسبت به زندگی و بحران‌ها اصلاً جدید نیست، بلکه چیزی است که در حوزه‌ی سلامت دوباره کشف می‌شود.

چرا هنوز چنین دیدگاهی در سیستم مراقبت‌های بهداشتی غربی بیگانه به نظر می‌رسد؟

برخی از دلایل آن به خود بیماران مربوط می‌شود و برخی دیگر به متخصصان سلامت و سیستمی که در آن فعّالیت می‌کنند.

برای افرادی که دچار بیماری‌های شدید هستند، انکار جدّیتِ شرایط و سپردن تمام مسئولیت درمان به دیگران که به‌عنوان افرادِ قدرتمند شناخته می‌شوند، آسان‌تر است.

وقتی آسیب می‌بینیم، تمایل داریم که عقب‌نشینی کنیم و فقط یک راه‌حل سریع بخواهیم، یا اینکه کسی شرایط را برایمان بهتر کند.

این موضوع، واکنشی نابالغ، اما قابل درک است—واکنشی که در سایر حوزه‌های زندگی، جایی که ابتکار عمل مورد تحسین قرار می‌گیرد، قابل احترام نیست.

نقش متخصصان سلامت در تشویق یا تضعیف ابتکار بیماران

واکنش منفعلانه نسبت به مشکلات مزمن سلامتی، اغلب به‌طور ضمنی

توسط بسیاری از متخصصان سلامت تقویت می‌شود.

شک و تردید آن‌ها نسبت به توانایی افراد در کمک به خودشان، معمولاً ناشی از دو عامل است:

۱. عدم آگاهی از امکانات موجود در این زمینه
۲. تمایل به حفظ کنترل بر روند درمان بیماران

جملاتی مانند هیچ کاری از دستت برنمی‌آید؛ به خانه برو و سعی کن به آن فکر نکنی، هرچند از روی حسن نیت

گفته شوند، اما می‌توانند به‌شدت روحیه‌ی بیمار را تضعیف کنند.

البته تغییر دادن افراد دشوار است، اما در بلندمدت، این کار بسیار ارزشمندتر از آن است که آن‌ها را کاملاً ناتوان فرض کنیم.

ما نیاز فوری داریم که در سیستم مراقبت‌های بهداشتی، هم خودمان و هم بیمارانمان را از کارهایی که برای کمک به خود می‌توانند انجام دهند، آگاه کنیم.

اگر ما تأثیر ابعاد روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی را در درمان نادیده بگیریم و آن را بی‌ارزش بدانیم، درواقع تفاوت چندانی با

مبلّغین عصر جدید نداریم که باورهای آن‌ها را به‌سرعت مورد انتقاد قرار می‌دهیم.

چگونه یک فرد با ذهن باز می‌تواند درمان از درون را ارزیابی کند؟

روش بدیهی برای شروع، مانند هر حوزه‌ی دیگری، مطالعه‌ی گسترده است. برخی منابع پیشنهادی در بخش مطالعه‌ی بیشتر ارائه شده‌اند. افرادی که رویکرد علمی دارند، می‌توانند به مقالات علمی درباره‌ی تعامل های ذهن و بدن مراجعه کنند.

اما همچنین تعداد زیادی کتاب‌های عمومی در این زمینه وجود دارد که از نظر کیفیت بسیار متفاوت هستند:

برخی کاملاً متعصبانه و بدون پشتوانه‌ی علمی‌اند.

برخی دیگر، داستان‌های افرادی است که با بحران‌های زندگی‌شان با صداقت روبه‌رو شده‌اند و شایسته‌ی احترام‌اند.

برخی نیز توسط افرادی با آموزش علمی نوشته شده‌اند که از طریق تمرین‌های درون‌نگرانه، افق‌های خود را گسترش داده‌اند—این کتاب یکی از آن‌هاست.

بااین‌حال، دیر یا زود، هر فردی که واقعاً به درمان از درون علاقه‌مند است، باید جستجوی شخصی خود را در ذهن و وجود خویش آغاز کند.

می‌توانیم هرچقدر که بخواهیم درباره‌ی پویایی‌های روان‌شناختی مطالعه کنیم، اما تا زمانی که این تأثیرات را در زندگی خود کشف نکنیم، واقعاً باور نخواهیم کرد که چقدر انسان‌ها تحت تأثیر ایده‌های ناخودآگاهشان قرار دارند.

تأثیر ذهن بر بدن نیز باید در درون خودمان بررسی شود، و جستجوی معنوی تنها در فضایی آرام، جایی که تفکر متوقف می‌شود، امکان‌پذیر است.

نقش یک متخصصِ سلامت، صرف‌نظر از تخصصِ اصلیِ او، می‌تواند چیزی فراتر از صرفاً تعمیر باشد.

او می‌تواند یک معلم باشد، راهنمایی در کشف معنا در بیماری و در زندگی.

این دیدگاه؛ اغراق‌آمیز نیست؛ یک معلم صرفاً یک هم‌سفر است که چند سال

تجربه‌ی بیشتری نسبت به دانش‌آموز دارد.

ضروری نیست که معلم خود بیمار بوده باشد، اما اگر بخواهد در این نقش مؤثر باشد، باید به‌طور صادقانه در جستجوی معنای شخصیِ خود باشد.

من معتقدم که در جامعه، میل گسترده‌ای به این رویکرد در درمان وجود دارد، اما این میل تحت تأثیر مادّی‌گراییِ سرکوب‌کننده‌ی فرهنگ ما، ماهیت مکانیکی اغلب درمان‌های استاندارد، و

ناتوانی رایج در درک قدرت ابعاد والاتر وجود ما، پنهان شده است.

اگر شما یک بیمار سرطانی هستید، درخواست من از شما این است که فراتر از صرفاً داشتن کسی که بیماری شما را از بین ببرد، نگاه کنید تا بتوانید آن را فراموش کنید.

از این تجربه برای شناخت بیشتر خود استفاده کنید و هر کاری که می‌توانید برای کمک به فرآیند شفای خود انجام دهید.

این تلاش ممکن است تأثیر آشکاری بر بیماری نداشته باشد یا داشته باشد، اما

بدون شک از این مسیر رضایت و معنا خواهید یافت.

اگر شما یک متخصص سلامت هستید که با بیماران سرطانی کار می‌کنید، امیدوارم که خود را نه‌تنها در مسیر علمی و منطقی برای درمان بیماری، بلکه در مسیر شهودی و جستجوی دانش درونی نیز آموزش دهید.

در این کتاب، تلاش کرده‌ام که این دو فرهنگ—علم و شهود—را به هم پیوند دهم.

قطعاً همه را متقاعد نخواهد کرد.

اما امیدوارم که برای برخی، ترکیبی ارزشمند و مفید باشد.

یادداشت‌ها

در اینجا برخی از کتاب‌های عمومی (غیرتخصصی) که به تأثیر شفابخش ذهن و روح مرتبط هستند، فهرست شده‌اند.

این یادداشت‌ها عمدتاً به منابع فنی خاص یا تعدادی از متون کلیدی عمومی اشاره دارند.

برای مطالعه‌ی پیش‌زمینه‌ای گسترده‌تر، به بخش مطالعه‌ی بیشتر مراجعه کنید.

فصل ۲

۱. J. Laszlo، *Understanding Cancer*(نیویورک : Harper and Row، ۱۹۸۷)

فصل ۴

۱. B.R. CassilethوH. Brown ، *Unorthodox cancer medicine*، CA—A Cancer Journal for Clinicians۳۸ (۱۹۸۸): ۱۷۶–۱۸۶.

۲. B.R. Cassileth، E.J. Lusk، T.B. Strouse، و B.J.

Bodenheimer، *Contemporary unorthodox treatments in cancer medicine*، Annals of Internal Medicine ۱۰۱ (۱۹۸۴): ۱۰۵–۱۱۲.

۳. T. Kaptchuk وM. Croucher ، *The Healing Arts* (نیویورک : Summit Books، ۱۹۸۷)

۴. E. Ernst وB.R. Cassileth ، *The prevalence of complementary/alternative*

medicine in cancer، Cancer ۸۳ (۱۹۹۸): ۷۷۷–۷۸۲.

۵. S. Barrett و V. Herbert، *Questionable cancer remedies*، در: J. Holland et al.، ویرایشگران *Cancer Medicine* (چاپ چهارم)، نیویورک: Williams and Wilkins، صفحات ۱۴۵۹–۱۴۶۷.

۶. S. Clinton و E. Giovanucci، *Nutrition in the etiology and prevention of cancer*، در: J.

Holland et al.، ویرایشگران : *Cancer Medicine*(چاپ چهارم)، نیویورک، Williams and Wilkins، صفحات ۴۶۵–۴۹۴.

۷. M. Lerner، *Choices in Healing*(کمبریج، ماساچوست : MIT Press، ۱۹۹۴)

فصل ۵

۱. L. Sklar وH. Anisman ، *Stress and cancer*، Psychological Bulletin ۸۹(۱۹۸۱): ۳۶۹–۴۰۶.

۲. B. Klopfer، *Psychological variables in human cancer*، Journal of Projective Techniques ۲۱ (۱۹۵۷): ۳۳۱–۳۴۰.

۳. D. Spiegel، J.R. Bloom، H.C. Kraemer، و E. Gottheil ، *Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer*، Lancet، ۱۴ اکتبر ۱۹۸۹، صفحات ۸۸۸–۸۹۱.

۴. Cunningham، A.J.، C.V.I. Edmonds، G.P. Jenkins، H. Pollack، G.A. Lockwood، و D. Warr، *A randomized controlled trial of the effects of group psychological therapy on survival in women with metastatic breast cancer*، Psycho-oncology ۷ (۱۹۹۸): ۵۰۸–۵۱۷.

۵. L. LeShan، *Cancer as a Turning Point*(نیویورک: E.P. Dutton، ۱۹۸۹)

۶. O.C. Simonton، S. Matthews-Simonton، و J.L. Creighton، *Getting Well Again*(نیویورک: Bantam، ۱۹۸۰)

فصل ۶

۱. G. Engel، *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*، Science ۱۹۶ (۱۹۷۷): ۱۲۹–۱۳۶.

۲. L. LeShan، *Cancer as a Turning Point*(نیویورک: E.P. Dutton، ۱۹۸۹)

۳. A.M. De la Pena، *The Psychobiology of Cancer: Automatization and Boredom in Health and Disease*(نیویورک: J.F. Bergin، ۱۹۸۳)

۴. J. Campbell، *The Hero with a Thousand Faces*(پرینستون، نیوجرسی: Princeton University Press، ۱۹۷۲)

فصل ۷

۱. V. Frankl، *Man's Search for Meaning*(نیویورک : Simon and Schuster، ۱۹۵۹)

۲. B.R. Cassileth، E.J. Lusk، T.B. Strouse، و B.J. Bodenheimer، *Contemporary unorthodox treatments in cancer medicine*، Annals of Internal Medicine ۱۰۱(۱۹۸۴): ۱۰۵–۱۱۲.

فصل ۸

۱. H. Benson، *The Relaxation Response*(نیویورک: William Morrow، ۱۹۷۵)

۲. N. Cousins، *Anatomy of an Illness as Perceived by the Patient*(نیویورک: W.W. Norton، ۱۹۸۰)

۳. J. Achterberg و G.F. Lawlis، *Imagery of Cancer*(شیکاگو: Institute for Personality and Ability Testing، ۱۹۷۸)

فصل ۹

۱. F. Capra، *The Tao of Physics* (نیویورک: Bantam، ۱۹۷۵)

۲. R. Moody، *Life After Life* (نیویورک: Bantam، ۱۹۷۵)

فصل ۱۰

۱. L. LeShan، *Cancer as a Turning Point* (نیویورک: E.P. Dutton، ۱۹۸۹)

۲. W. Brugh Joy، *Joy's Way* (لس‌آنجلس: J.P. Tarcher، ۱۹۷۹)

برای مطالعه بیشتر:

خودیاری برای بیماران سرطانی

Allen, L.E. *The Five Stages of Getting Well* (پورتلند، اورگان: Life Time Publishing، ۱۹۹۲)

یک توصیف عالی از تغییراتی که برای درمان مورد نیاز است.

Clyne, Rachael. *Coping with Cancer* (نیویورک: Thorson’s Publishing، ۱۹۸۶)

مروری بر روش‌های خودیاری برای مقابله با سرطان.

Cunningham, A.J. *Helping Yourself*(تورنتو : Canadian Cancer Society، ۱۹۸۹)

یک کتاب کار همراه با دو نوار صوتی، که می‌توان آن را از “انجمن سرطان کانادا دریافت کرد:
۱۰ خیابان آلکورن، سوئیت ۲۰۰، تورنتو، .M4V 3B1

Dass, R., وGorman, P. *How Can I Help?*(نیویورک : Knopf، ۱۹۸۶)

کتابی واقعاً زیبا برای کسانی که می‌خواهند به دیگران کمک کنند.

Dosdall, Claude. *My God I Thought You'd Died*(تورنتو : Seal Books، ۱۹۸۶)

روایت الهام‌بخش یک بازمانده‌ی سرطان از سفرش به‌سوی سلامتی.

Epstein, A.H. *Mind, Fantasy and Healing*(نیویورک : Delacorte Press، ۱۹۸۹)

توضیحی شگفت‌انگیز درباره‌ی استفاده‌ی هدفمند از تصویرسازی ذهنی برای درمان.

Gawler, I. *You Can Conquer Cancer*(ملبورن: Hill of Content Pub.، ۱۹۸۴)

یک بازمانده‌ی سرطان، روش‌های مختلفی را که برای بهبود خود به کار گرفته، شرح می‌دهد.

Barasch, M.I. و Hirshberg, C.، *Remarkable Recovery*(نیویورک: Riverhead Books، ۱۹۹۵)

داستان‌هایی از درمان‌های شگفت‌انگیز.

Levitan, A. *No Time* وJevne, R.F. *for Nonsense: Self-Help for the*

Seriously Ill(سن دیگو: LuraMedia، ۱۹۸۹)

دیدگاهی عمل‌گرایانه و همراه با طنز درباره‌ی استراتژی‌های خودیاری.

Lerner, Michael. *Choices in Healing*(کمبریج، ماساچوست: MIT Press، ۱۹۹۴)

توضیحی جامع و عالی درباره‌ی درمان‌های جایگزین برای بیماران سرطانی.

LeShan, L. *Cancer as a Turning Point*(نیویورک: E.P. Dutton، ۱۹۸۹)

بیان جدیدی از دیدگاه‌های لشان درباره‌ی خوددرمانی.

———. *You Can Fight for Your Life*(نیویورک: Jove/HBJ، ۱۹۷۷)

کتابی درباره‌ی خودیاری روان‌شناختی برای بیماران سرطانی، نوشته‌ی یکی از پیشگامان این حوزه.

Matthews-Simonton, S. *The Healing Family*(نیویورک: Bantam Books، ۱۹۸۴)

کتابی عالی برای خانواده‌هایی که از یک بیمار سرطانی حمایت می‌کنند.

Morra, M. و Potts, E. *Choices* (نیویورک: Avon Books، ۱۹۸۷)
راهنمای کاملی درباره‌ی گزینه‌های درمانی سرطان.

Pennington, S. *Healing Yourself* (تورنتو: McGraw-Hill Ryerson، ۱۹۸۸)
روایتی الهام‌بخش از یک تحقیق کیفی درباره‌ی شش بیمار سرطانی که فراتر از پیش‌بینی‌های پزشکی زندگی کردند.

Shinoda Bolen, J. *Close to the Bone* (نیویورک: Touchstone، ۱۹۹۶)

یک تحلیل‌گر یونگی، بیماری‌های تهدیدکننده‌ی زندگی و جستجوی معنا را بررسی می‌کند.

Siegel, B. *Love, Medicine and Miracles* (سانفرانسیسکو: Harper & Row، ۱۹۸۶)

کتابی پرفروش از یک جراح که از خودیاری روان‌شناختی حمایت می‌کند.

Simon, D. *Return to Wholeness* (نیویورک: John Wiley & Sons، ۱۹۹۹)

رویکردهای ذهن، بدن و روح در مبارزه با سرطان.

Simonton, O.C.، S. Matthews-Simonton، و J.L. Creighton. *Getting Well Again* (نیویورک: Bantam Books، ۱۹۷۸)

راهنمایي بسیار شناخته‌شده که بر تصویرسازی ذهنی تأکید دارد.

Spiegel, D. *Living Beyond Limits* (نیویورک : Time Books, Random House، ۱۹۹۳)

توضیحی درباره‌ی اینکه چگونه روان‌درمانی گروهی به زنان مبتلا به سرطان پستان متاستاتیک کمک کرد تا عمر طولانی‌تری داشته باشند.

Wilber, K. و Wilber, K.T. *Grace and Grit: Spirituality and Healing in the Life and Death of Treya Killam Wilber* (بوستون : Shambhala، ۱۹۹۳)

روایتی تأثیرگذار از یک سفر درمانی شخصی.

سایر کتاب‌های خودیاری روان‌شناختی

Achterberg, J. *Imagery in Healing: Shamanism and Modern Medicine* (بوستون: Shambhala، ۱۹۸۵)

یکی از چندین کتاب عالی دکتر آختر برگ درباره‌ی تصویرسازی ذهنی.

Barasch, M.L. *The Healing Path* (نیویورک: Penguin Books، ۱۹۹۳)

درباره‌ی درمان ذهن-بدن.

Benson, H. *The Relaxation Response*(نیویورک: William Morrow، ۱۹۷۵)

کتابی کلاسیک درباره‌ی ارزش و تمرین آرام‌سازی.

Benson, H. و Stark, M. *Timeless Healing: The Power and Biology of Belief* (نیویورک: Scribner، ۱۹۹۶)

دنباله‌ی کتاب کلاسیک “The Relaxation Response” از بنسون.

Bertherat, T. و Bernstein, C. *The Body Has Its Reasons* (نیویورک: Avon Books، ۱۹۷۶)

کتابی ساده درباره‌ی آگاهی بدنی.

Borysenko, J. *Guilt Is the Teacher, Love is the Lesson* (نیویورک: Warner Books، ۱۹۹۰)

توضیحی روان و خواندنی از یک معلم مدرن.

Borysenko, J. *Minding the Body, Mending the Mind* (نیویورک : Addison-Wesley، ۱۹۸۷)

توضیحی عالی دربارهٔ ایده‌های خودیاری.

Bresler, D. *Free Yourself From Pain* (نیویورک : Simon and Schuster، ۱۹۷۹)

بررسی روش‌های تصویرسازی ذهنی و خودکاوی.

Burns, D. *Feeling Good: The New Mood Therapy* (نیویورک: Hearst، ۱۹۹۲)

راهنمایی عالی برای تغییر الگوهای فکری.

Cameron, Julia. *The Artist's Way* (نیویورک: Tarcher/Putnam، ۱۹۹۲)

دوره‌ای برای کشف و بازیابی خلاقیت فردی.

Carison, R. و Shield, B. *Healers on Healing* (لس‌آنجلس: Jeremy P. Tarcher، ۱۹۸۹)

Davis, M.، Eshelman, E.R.، و McKay, M. *The Relaxation and Stress Reduction Workbook* (کالیفرنیا: New Harbinger Publications، ۱۹۸۲)

راهنمایی برای تمرینات خودیاری در کاهش استرس و آرام‌سازی.

Epstein, G. *Healing Visualizations* (نیویورک: Bantam New Age، ۱۹۸۹)

توصیه‌های خاص برای تصویرسازی ذهنی و راهنمای شروع کار.

Fanning, P. *Visualization for Change*(اوکلند، کالیفرنیا : New Harbinger Publications، ۱۹۸۸)

Faraday, A. *Dream Power* (نیویورک : Berkley Medallion Books، ۱۹۷۲)

مطالعه‌ای درباره‌ی تحلیل رویاها.

Garfield, P. *Creative Dreaming* (نیویورک: Ballantine Books، ۱۹۷۴)

مطالعه‌ای درباره‌ی تحلیل رویاها.

Gendlin, E.T. *Focusing* (نیویورک : Bantam Books، ۱۹۸۰)

بررسی توانایی ذهن در “گوش سپردن به بدن.

Jampolsky, G.G. *Love Is Letting Go of Fear*(نیویورک: Bantam Books، ۱۹۷۹)

بسیار ساده و زیبا. سایر کتاب‌های جمپولسکی نیز بسیار توصیه می‌شوند.

Kabat-Zinn, J. *Full Catastrophe Living*(نیویورک: Delacorte Press، ۱۹۹۰)

توضیحی جامع و عالی درباره‌ی استفاده از آگاهی و مدیتیشن برای درمان.

Kaptchuk, T. و Croucher, M. *The Healing Arts* (نیویورک: Summit Books، ۱۹۸۷)

Kripalu Centre. *The Self-Health Guide* (نیویورک: Kripalu Publications USA، ۱۹۸۰)

کتابی عالی در زمینه‌ی خودیاری، بر اساس اصول یوگا.

LeCron, L. *Self-Hypnotism* (انگل‌وود کلیفس، نیوجرسی: Prentice-Hall، ۱۹۶۴)

مبانی خودهیپنوتیزم.

Levine, Stephen. *A Year to Live: How to Live This Year as If It Were Your Last* (نیویورک: Bell Tower، ۱۹۹۷)

دقیقاً همان‌طور که در عنوان کتاب آمده است؛ تجربه‌ی زندگی در یک سال، گویی که سال آخر باشد.

Levine, S. *Healing into Life and Death* (گاردن سیتی، نیویورک: Anchor Press, Doubleday، ۱۹۸۷)

کتاب‌های لوین بازتابی از رشد عمیق شخصی او هستند.

Lewis, L.C. *Be Restored to Health*(بیست سلرز، ۱۹۸۲)

کتاب عالی "چگونه برای خودیاری و سبک زندگی.

Colligan, D. *The* وLocke, S. *Healer Within*(نیویورک E.P. : Dutton، ۱۹۸۶)

پیش‌زمینه‌ی علمی برای درمان از درون، نوشته شده به سبکی بسیار قابل‌فهم.

Ornish, Dean. *Love & Survival: The Scientific Basis for the*

Healing Power of Intimacy (نیویورک: Harper Collins، ۱۹۹۷)

توضیحی روان درباره‌ی تأثیر عشق بر سلامت.

Pelletier, K. *Mind as Healer, Mind as Slayer* (نیویورک: Delta، ۱۹۷۷)

عمدتاً درباره‌ی استرس و تأثیر ذهن بر بدن.

Rossman, M.L. *Healing Yourself* (نیویورک: Pocket Books، ۱۹۸۷)

راهنمایی حرفه‌ای و عالی درباره‌ی تصویرسازی ذهنی.

Travis, J.W. و Ryan, R.S. *Wellness Workbook* (برکلی: Ten Speed Press، ۱۹۸۱)

راهنمایی جامع درباره‌ی دستیابی به سلامتی در تمام سطوح.

Samuels, M. *Healing with the Mind’s Eye* (نیویورک: Summit Books، ۱۹۹۰)

درباره‌ی تصویرسازی ذهنی و درمان.

Samuels, M. وSamuels, N. *Seeing with the Mind’s Eye* (نیویورکRandom House :، ۱۹۷۵)

درباره‌ی تصویرسازی ذهنی.

Weil, A. *Spontaneous Healing* (نیویورکKnopf :، ۱۹۹۵)

بررسی جدیدی از درمان ذهن-بدن توسط یک پزشک.

مدیتیشن و موضوعات معنوی

A Course in Miracles (بنیاد Foundation for Inner Peace، Viking Books، ۱۹۷۵، ۱۹۹۶)

کتابی واقعاً شگفت‌انگیز برای جویندگان معنوی جدی، شامل درس‌های روزانه برای تعمیق آگاهی معنوی.

Bedard, J. *Lotus in the Fire, The Healing Power of Zen* (بوستون: Shambhala، ۱۹۹۹)

روایتی واقعی و بی‌پرده از چگونگی کمک تعالیم ذن به فردی برای زنده‌ماندن از بیماری لاعلاج.

Bodian, S. (ویرایشگر) *Meditation for Dummies* (فورست سیتی : IDG Books Worldwide، ۱۹۹۹)

راهنمایی جامع برای مدیتیشن.

Boorstein, S. *That’s Funny, You Don’t Look Buddhist* (نیویورک : Harper Collins، ۱۹۹۷)

چگونه می‌توان هم یک یهودی مؤمن و هم یک بودایی متعهد بود.

Dass, R. *Journey of Awakening: A Meditator’s Guidebook* (نیویورک : Bantam، ۱۹۷۸)

کتابی بسیار مفید از یک معلم آمریکایی در زمینه‌ی مدیتیشن.

Dossey, L. *Healing Words: The Power of Prayer and the Practice of Medicine* (سانفرانسیسکو : Harper، ۱۹۹۳)

کتابی جامع از یک پزشک درباره‌ی ارتباط بین دعا و درمان.

Easwaran, E. *Meditation* (پتالوما، کالیفرنیا: Nilgiri Press، ۱۹۷۸)

کتابی ساده و عالی درباره‌ی مدیتیشن.

Easwaran, E. *The Undiscovered Country: Exploring the Promise of Death* (تومالز: Nilgiri Press، ۱۹۹۶)

رویکردی معنوی برای یادگیری از مرگ؛ مانند سایر کتاب‌های ایزوران، زیبا و قابل‌فهم نوشته شده است.

Frankl, V. *Man’s Search for Meaning* (نیویورک: Simon and Schuster، ۱۹۵۹)

کتابی معروف اما ساده، که رابطه‌ی معنا در زندگی را با بقا و سلامت بررسی می‌کند.

Gawler, I. *Peace of Mind* (بریج‌پورت، دورست: Prism Press، ۱۹۸۷)

Gawler, I. *Meditation, Pure and Simple* (ملبورن: Hill of Content، ۱۹۹۶)

راهنمایی ساده و عالی درباره‌ی مدیتیشن.

Hanh, T.N. *The Miracle of Mindfulness* (بوستون: Beacon Press، ۱۹۷۶)

کتابی ساده درباره‌ی خودآگاهی، نوشته‌ی یک استاد بودایی.

Harpur, T. *The Uncommon Touch* (تورنتو: McClelland & Stewart، ۱۹۹۴)

روایتی مسیحی از درمان.

Kabat-Zinn, J. *Full Catastrophe Living* (نیویورک: Delacorte Press، ۱۹۹۰)

توضیحی جامع درباره‌ی استفاده از آگاهی و مدیتیشن برای درمان.

Kabat-Zinn, J. *Wherever You Go, There You Are* (نیویورک: Hyperion، ۱۹۹۴)

ادامه‌ی بسیار محبوب کتاب *Full Catastrophe Living*.

Kornfield, J. *A Path with Heart* (نیویورک: Bantam Books، ۱۹۹۳)

کتابی درباره‌ی سفر معنوی، نوشته‌ی یک متفکر و نویسنده‌ی برجسته‌ی بودایی.

Kushner, H.S. *When Bad Things Happen to Good People* (نیویورک: Schocken Books، ۱۹۸۱)

کتابی آرامش‌بخش که به جستجوی معنا در مواجهه با بیماری کمک می‌کند.

LeShan, L. *How to Meditate* (نیویورک: Bantam Books، ۱۹۷۴)
راهنمایی عملی همراه با ایده‌های روان‌شناختی درباره‌ی مدیتیشن.

Levine, S. *Who Dies?* (نیویورک: Anchor Books، ۱۹۸۲)
افزایش آگاهی ما درباره‌ی زندگی و مرگ؛ تمام کتاب‌های لوین ارزشمند هستند.

Moody, R.A. *Life After Life* (نیویورک: Bantam Books، ۱۹۷۵)
مطالعه‌ی موردی درباره‌ی افرادی که تجربه‌ی نزدیک به مرگ داشته‌اند و

پیشنهاد می‌کنند که "زندگی پس از مرگ وجود دارد.

Radha, Swami S. *Mantras, Words of Power*(کوتنی بی : Timeless Books، ۱۹۸۰)

استفاده از مانترا برای مدیتیشن، نوشته‌ی یک استاد معنوی معاصر؛ تمام کتاب‌های سوامی رادا ارزشمند هستند.

Underhill, E. *Practical Mysticism*(لندن: P.J.M. Dent، ۱۹۱۴؛ هارموندزورث، میدلسکس : Penguin Books، ۱۹۷۰)

کتابی کلاسیک و بسیار خواندنی درباره‌ی مسیر معنوی.

Watts, A. *Meditation* (چندین نسخه‌ی جلد نرم)

واتس کتاب‌های متعددی درباره‌ی تفسیر ایده‌های معنوی شرقی برای غربی‌ها نوشته است.

Wilber, K. *No Boundary* (بولدر و لندن: Shambhala، ۱۹۸۱)

توضیحی بسیار شفاف درباره‌ی پیوستگی همه‌ی چیزها.

Yogananda, P. *Autobiography of a Yogi* (Self-Realization Fellowship، چاپ دوازدهم، ۱۹۹۳)

کتابی کلاسیک؛ گزارشی از مسیر رشد یک استاد معنوی. بسیار خواندنی.